

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Filosofická fakulta

Katedra psychologie, obor "klinická psychologie"

**REPREZENTACE VZTAHOVÉ VAZBY U DROGOVĚ ZÁVISLÝCH
PACIENTŮ**

ATTACHMENT REPRESENTATION IN DRUG ADDICTED PATIENTS

Mgr. Kateřina Pečtová

•

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Vladimír Kebza, Csc.

Konzultant: Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD.

Disertační práce

Praha 2015

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

Mgr. Kateřina Pečtová

Poděkování

Ráda bych splnila milou povinnost a poděkovala všem, kteří mi při psaní disertační práce pomáhali. Především chci poděkovat svému školiteli Prof. PhDr. Vladimíru Kebzovi, Csc. za cenné konsultace při realizaci výzkumu i psaní samotného textu disertační práce. Ráda bych poděkovala svému konsultantovi Doc. MUDr. Jozefu Haštovi, PhD. za poskytnutí cenných odborných textů a za pomoc při publikaci výzkumného záměru. S úctou vzpomínám na Doc. PhDr. Václava Břicháčka, který napomohl mému profesnímu směřování. Dík za konsultační činnost při překladu dotazníku patří PhDr. Haně Drábkové a PhDr. Petře Němčíkové.

Za trvalou podporu a pomoc při studiu děkuji svým rodičům Evě a Ivanovi a za trpělivost své rodině, jmenovitě Martinovi, Marianě, Václavu Otovi, Johaně a Jakubovi.

Abstrakt

Výzkumná studie se zaměřuje na souvislost mezi typem vztahové vazby (mírou úzkosti a vyhýbavosti ve vztahu) a závislostí na návykových látkách. Zkoumáme míru úzkosti a míru vyhýbavosti u drogově závislých pacientů ve vztahu k matce a k otci a k partnerovi/ partnerce a nejlepšímu kamarádovi/ kamarádce a porovnáváme ji s mírou úzkosti a vyhýbavosti u respondentů z kontrolní skupiny, kteří nejsou závislí na návykových látkách. Zkoumali jsme vzorek 103 závislých pacientů procházejících léčbu v terapeutické komunitě a 105 respondentů z kontrolní skupiny. Výsledky výzkumu potvrdily předpoklad, že drogově závislí pacienti prokazují výrazně vyšší míru úzkosti a vyhýbavosti ve vztahu k matce a otci i k partnerovi/partnerce a nejlepšímu kamarádovi/kamarádce, než respondenti z kontrolní skupiny kteří nejsou závislí na návykových látkách. Zobrazení typologie vztahové vazby se ukázalo jako problematické, ačkoliv rozdíly byly v každé oblasti signifikantní. Rozdělení odpovědí do kvadrantů nepočítá s přirozenými odchylkami v odpovědích, což je v případě obou zmíněných škál ošetřeno. Můžeme shrnout, že celkově mají závislí respondenti z experimentální skupiny výrazně nižší skóre v jistotě vazby k matce i k otci než respondenti z kontrolní skupiny. V partnerském a kamarádském vztahu chyběl u experimentální skupiny dostatečný počet odpovědí k provedení spolehlivé analýzy. U kontrolní skupiny byl uveden nejvyšší počet odpovědí u reprezentace vztahové vazby k partnerovi/ partnerce i nejlepšímu kamarádovi/kamarádce v oblasti jisté reprezentace vztahové vazby.

Klíčová slova: Vztahová vazba, Závislost, Emoční regulace

Abstract

This research study focuses on the connection between types of attachment (levels of anxiety and avoidance in a relationship) and drug addiction. We researched the levels of anxiety and avoidance in drug addicted patients in their relationships with their mothers and fathers, romantic partners and best friends and compared them with the levels of anxiety and avoidance in informants from a control group who were not addicted to drugs. We examined an experimental group of 103 addicted patients receiving treatment in a therapeutic community and 105 informants in a control group. The results of the research confirmed the hypothesis that drug addicted patients manifest significantly higher levels of anxiety and avoidance in relationships with mothers, fathers, romantic partners and best friends in comparison with the control group informants not addicted to drugs. Although the differences in all areas were substantial, illustrating the attachment typology proved to be problematic. While dividing the responses into quadrants does not consider natural variations of the responses, they were taken into account in both of the mentioned scales. We concluded that, in general, the addicted patients in the experimental group had distinctly lower scores in the security of the attachment to their mothers and fathers than the control group informants did. In the case of the relationships with romantic partners and best friends the number of responses was insufficient to conduct a reliable analysis. The highest number of responses within the control group concerned the representation of the attachment to romantic partners and best friends in the area of secure representation of the attachment.

Key words: Attachment, Addiction, Emotional regulation.

OBSAH

Teoretická část

1. Úvod do problematiky	12
2. Teorie vztahové vazby	16
2.1. Prospektivní přístup, pozorování malých dětí a instinktivní chování	16
2.2. Vazebné chování	17
2.3. Vývoj vztahové vazby	20
2.4. Vztahová vazba a její význam v průběhu života	23
2.5. Testová situace pro určení typu vztahové vazby u dětí	25
2.6. Stabilita vzorců chování v dětství	27
3. Vztahová vazba ve vztahu k emoční regulaci	29
3.1. Organizace vztahové vazby a emoční regulace v dětství	31
3.2. Organizace citové vazby a emoční regulace v adolescenci	33
4. Mentalizace	38
4.1. Zrcadlení a označkování afektu	40
5. Neurobiologické aspekty vztahové vazby	43
5.1. Neuroendokrinnologické aspekty vztahové vazby a systém mozkové odměny	44
5.2. Syndrom nedostatečné odměny	45
5.3. Emoční regulace, mentalizace a sociální mozek	46
6. Závislost jako důsledek vztahových poruch	48
6.1. Psychoanalytické teorie a problematika závislosti	50
6.1.1. Empatie	50
6.1.2. Narcismus	51

6.1.3. Selfobjekt	51
6.2. Nový pohled na podstatu závislosti	52
6. 3. Sebededikace jako pokus o regulaci emocí	53
6.4. Reakce na ztrátu	55
7. Neurobiologie závislosti	57
7.1. Systém odměny	57
7.2. Vznik závislosti a návyková látka jako umělý zdroj odměny	59
7.3. Funkční změna systému odměny, craving, odvykací stav	61
8. Syndrom závislosti, základní pojmy a psychopatologie závislosti	63
8. 1. Psychopatologie závislosti	64
8. 1. 2. Akutní intoxikace	64
8.1.3. Odvykací stav	65
8.1.4. Psychotická porucha	65
8.1.5. Amnestický syndrom	65
8.1.6. Reziduální stavy	66
8.1.7. Psychotická porucha s pozdním začátkem	66
8.1.8. Deprese	66
8.1.9. Duální diagnózy	67
9. Kodependence	68
10. Systém péče o osoby zneužívající návykové látky	70
10.1. Prevence v léčbě závislostí	70
10.2. Harm Reduction, Intervence v nízkoprahových službách	71
10.3. Nízkoprahové programy	71
10.4. Terénní programy	72

10.5. Kontaktní centrum	73
10.6. Rezidenční léčba v psychiatrické léčebně a terapeutické komunitě, ambulantní péče	74
10.6.1. Rezidenční léčba v psychiatrické léčebně	74
10.6.2. Léčba v terapeutické komunitě	75
10.6.3. Ambulantní léčba	76
10.7. Sociální rehabilitace a následná péče	76
11. Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek, detoxifikace, substituční léčba	77
11.1. Detoxifikace	77
11.2. Substituční léčba	78
12. Poradenství, psychoterapie a sociálně právní servis v léčbě závislosti	80
12.1. Poradenství a psychoterapie	80
12.2. Sociálně-právní servis	80
13. Přehled teorie vztahové vazby v souvislosti s možnostmi výzkumu	81
13.1. Hlavní východiska Bowlbyho teorie vztahové vazby	81
13.2. Individuální rozdíly u dětí ve vztahovém chování	82
13.3. Milostné vztahy v dospělosti	83
13.4. Tři významná fakta, plynoucí z teorie vztahové vazby u dospělých	84
13.5. Můžeme u dospělých pozorovat stejné vzorce vztahové vazby jako u dětí?	85
13.6. Fungují milostné vztahy v dospělosti na základě stejných principů jako vztahy mezi kojenci a jejich rodiči?	87
13.6.1. Výběr partnera	88
13.6.2. Bezpečná základna	88

13.6.3. Nejistá – vyhýbavá vazba a obranné mechanismy	89
13.7. Jsou vzorce vztahové vazby stabilní v průběhu života?	89
13.8. Otázky a možnosti dalšího výzkumu v teorii vztahové vazby v dospělosti	91

Empirická část

14. Možnosti určení typu vztahové vazby	93
14.1. Jak měřit vztahovou vazbu v dětství	93
14.2. Typologie vztahové vazby v dětství	94
14.3. Jak měřit reprezentaci vztahové vazby v dospělosti?	95
14.4. Typologie reprezentace vztahové vazby v dospělosti u AAI	97
14.5. Projektivní testy vztahové vazby u dospělých	99
14.6. Typologie reprezentace vztahové vazby v dospělosti u AAP	100
14.7. Sebehodnotící testy vztahové vazby u dospělých	101
15. Cíl výzkumu a výzkumné hypotézy	105
16. Typ výzkumu a kriteria výběru	107
17. Metodologie a použité metody	108
18. Výzkumný nástroj	109
18.1. Sledování jednoho specifického vztahu	110
18.2. Typologie vztahové vazby v dospělosti podle ECR – RS	113
19. Vlastní realizace výzkumu	115
20. Etické otázky výzkumu	117
21. Popis souboru	118

22. Zjištěné výsledky a jejich interpretace	121
22.1. Výsledky škál úzkosti a vyhýbavosti	121
22.2. Ověření platnosti sledovaných hypotéz	123
22.3. Zobrazení typologie vztahové vazby v kvadrantech	124
23. Diskuse	139
23.1. Diskuse k získaným výsledkům	139
23.1.1. Diskuse k výsledkům škál úzkosti a vyhýbavosti	139
23.1.2. Diskuse k výsledkům zobrazení typologie vztahové vazby v kvadrantech	139
23.2. Diskuse k položce nejvyšší dosažené vzdělání v experimentální skupině	145
23.3. Diskuse k praktickému a teoretickému využití studie	146
23.4. Diskuse k možnostem dalšího rozpracování studie	147
24. Závěr	149
Seznam použité literatury	152
Přílohy	171
Příloha č. 1 – Dotazník ECR-RS	171
Příloha č. 2 - Seznam obrázků, tabulek a grafů	180

TEORETICKÁ ČÁST

1. Úvod do problematiky

Ve výzkumné studii jsme se zaměřili na sledování vztahové vazby osob, které zneužívají návykové látky. Předpokládáme, že tito lidé disponují nejistou vztahovou vazbou. Východiska výzkumné studie jsou ukotvena v pojetí závislosti na návykových látkách jako důsledku nemožnosti běžného fungování v mezilidských vztazích.

Patologické vztahové vzorce jsou pravděpodobně založeny již v dětství. Z původních studií o vztahové vazbě je známo, že pokud se nedaří vybudovat základní vztah mezi matkou a dítětem, stává se rizikovým faktorem pro další vývoj dítěte a také pro jeho budoucí vztahy. Odlišnosti v typech vztahové vazby výrazně souvisí s rozdíly v efektivnosti emoční regulace a individuální adaptace jedince. Různé typy vztahové vazby implikují různé typy emoční regulace. Z. Štefánková (2005) uvádí, že jistá citová vazba je spojována s efektivní emoční regulací a přiměřenou adaptací. Nejistá organizace citové vazby vede k dysregulaci a nejisté adaptaci jedince. Užívání návykových látek pak slouží jedinci k regulaci emoční nestability a úzkosti a k zvládnutí situací, v nichž selhává vlastní regulace emocí a chování.

Teorii připoutání (Attachment theory) formuloval anglický psycholog a psychiatr J. Bowlby (1907 – 1990). V centru teorie stojí poznatek, že vztahová vazba neboli připoutání (attachment) je instinktivní reakce dítěte, jejímž cílem je navodit blízkost k matce. Důvodem je bezpečí, které matka malému dítěti poskytuje. Připoutávající chování se u kojenců projevuje například jako pláč, úsměv nebo žvatlání, které zprostředkovávají přiblížení matky k dítěti. U starších dětí je to například vyhledávání matky nebo její následování, které naopak přivádějí dítě k matce. Připoutávající chování se obecně aktivuje v situacích, kdy je dítě ohroženo nebo se necítí dobře. Když je hladové, unavené, cítí bolest nebo zimu. Aktivuje se také v případě, že matka odchází, případně jinými vlivy z prostředí (hluk). Například hladové dítě pláče a přivolá matku, která jej nakrmí. Připoutávající chování zahrnuje celou řadu podobných interakcí mezi dítětem a matkou nebo stálou pečující osobou, které vedou k vytvoření vztahové vazby (attachment). Vedlejší vazebné postavy, jejichž počet je omezen vzhledem k rodinnému prostředí, ve kterém dítě žije, vyhledává v případě, že má dobrou náladu a chce si hrát. Pokud je vztahová vazba dítěte k hlavní pečující osobě nejistá, bude dítě méně aktivní při navazování vztahů s dalšími osobami. Matka slouží dítěti později jako „bezpečná základna“, od které může podnikat první průzkumné cesty do svého okolí a zase se

vracet do jejího bezpečí. V. Břicháček (2008) popisuje, že pokud se základní vztah mezi matkou a dítětem nedaří vybudovat, stává se tento stav rizikovým faktorem pro další vývoj dítěte a také pro jeho budoucí vztahy.

J. Bowlby (2010) uvádí, že žádnou formu chování neprovází silnější pocity než vazebné chování. Hrozba ztráty vytváří úzkost a opravdová ztráta zármutek. Oba zážitky také pravděpodobně vyvolají hněv. Na základě sledování předpokládá, že podpora a emoční dostupnost primárních pečujících osob v dětství zásadně ovlivňuje vývoj emoční regulace a schopnost adaptace dítěte.

Podle K. E. Grossmanna a P. Zimmermanna (1997) je s rostoucím věkem emoční regulace čím dál tím víc řízená psychickými strukturami, které se utvořily na základě raných zkušeností dítěte s pečujícími osobami. Regulovat vnitřní napětí se dítě učí v interakcích s rodiči. Pokud je pečující rodič vnímavý, má sklon přizpůsobit svou emoční reakci tak, aby pomohla dítěti regulovat jeho stav. Pokud jsou pečující osoby odmítající a nedostupné, zůstane dítě samo s pocity, které nedokáže samo zvládnout a prožívá vnitřní chaos a zoufalství. Pokud dítě zažívá takové situace opakovaně, může rozvíjet stavy tělesného neklidu, neschopnost se soustředit, tvořit obranné strategie a vytvářet si vnitřní představy o sobě a o druhých, které jsou obecně negativní. Zvnitřněním těchto zkušeností s primárními pečujícími osobami se tvoří individuální vzorce emoční regulace. Procesy emoční regulace se postupně automatizují a vazebné chování se ve své původní podobě ztrácí. Interpsychická emoční regulace se mění na intrapsychickou. Na významu získává organizace vztahové vazby na úrovni mentální reprezentace. Mentální reprezentace vztahové vazby jsou zvnitřněné představy a očekávání o sobě samém, o primárních pečujících osobách a jejich spolehlivosti a o významu emočních vazeb. Tyto reprezentace se utváří a mění s kognitivním vývojem. Například V. Vavrda (2005) uvádí, že jedinci, kteří vyrostli v nejistém připoutání k primárním osobám, mohou nabýt pocitu vztahové jistoty prožitím významného vztahu (milostného, přátelského, terapeutického) až v dospívání či v dospělosti. Mentální reprezentace citové vazby nejsou jen pokračováním organizace citové vazby z dětství, ale obsahují též aktuální reprezentaci myšlenek, vzpomínek a citového prožívání vzhledem ke zkušenostem z interakcí s osobami, k nimž byla utvořena vztahová vazba v dětství. P. Fonagy (2002) definuje metalizaci (schopnost mentální reprezentace) jako schopnost reprezentovat interpersonální zkušenost, stejně jako prožitek sebe sama v termínech mentálních stavů. Obecně popisuje tuto schopnost V. Vavrda (2005) jako schopnost nakládat s vnitřními stavy na psychické úrovni. Umět je regulovat a formovat jejich hranice. J. Holmes (1996) popisuje, že malé dítě touží po

kontaktu za každou cenu. Regulace emocí dítěte, citlivou a emočně dostupnou matkou je základním ukazatelem pro tvorbu jisté vztahové vazby. Nejisté typy vztahové vazby reprezentují kompromis, který dítě muselo udělat, aby našlo rovnováhu v emoční nepohodě, když pečující osoba nereagovala přizpůsobením sebe na potřeby dítěte.

P. J. Flores (2004) shrnuje, že závislost je neúspěšný pokus o regulaci emocí a snaha o vyřešení deficitů v psychické struktuře. Tyto deficity omezují kapacitu závislých osob k tvorbě blízkých vztahů a vedou je k nahrazení mezilidských vztahů chemickými látkami. Většina závislých pacientů vykazuje symptomy týkající se obtíží, které plynou z narušené schopnosti ustavit a udržet emoční rovnováhu ve vztazích.

E. J. Khantzian (1982) popisuje teorii závislosti na návykových látkách jako způsob sebemedikace. Hlavním důvodem užívání drog není podle jeho názoru touha po potěšení, ale snaha redukovat úzkost, depresi a jiné nepříjemné emoční stavy. Lidé zneužívající návykové látky se tak řídí snahou uniknout, ačkoliv jen chvilkově, od pocitů nenaplněnosti, samoty, studu a nedůvěry ve vlastní schopnosti, které v jejich životech převažují. V pozdějších výzkumech Khantzian objevil, že ačkoliv závislí lidé experimentují s různými drogami, mají predispozici k tomu, aby se stali závislými na jedné určité látce vzhledem k tomu, v jaké oblasti je jejich vlastní regulace emocí nedostatečná.

Tyto úvahy naznačují, že kapacita pro regulaci vlastních emocí je u závislých pacientů omezena. Můžeme se domnívat, že pokud nevznikla základní důvěra a pocit bezpečí ve vztahu k rodičům, ovlivní tento fakt i další vztahy, které člověk naváže třeba až v dospívání a dospělosti.

Neurobiologické teorie dokládají, že existují určité mozkové systémy, které spouštějí a také zastavují připoutávající chování. Také další autoři uvádějí, že prožitky vztahové vazby vedou ke specifickým organizačním změnám v chování a fungování mozku (Main, 1995). Podle V. Vavrdy (2005) představují blízké vztahy prostředí, které je bezpodmínečnou podmínkou pro zdárný vývoj nervové soustavy.

Klinická praxe i vědecké poznatky prokazují, že bezpečná vztahová vazba je protektivním faktorem, který je spojován s kvalitními adaptačními strategiemi a přiměřenou emoční regulací a tedy i psychickým zdravím. Nejistá vztahová vazba disponuje jedince k maladaptivním adaptačním strategiím a je spojována s vysokým výskytem depresivních a

úzkostných poruch, poruch příjmu potravy, zneužíváním psychoaktivních látek, poruch osobnosti a dalších psychických poruch (Hrubý et al., 2011).

V České Republice existuje poměrně rozvinutý systém péče o závislé pacienty. Na preventivních programech se podílí stát ve spolupráci s neziskovými organizacemi. Stát dále disponuje AT abmulancemi a AT odděleními v psychiatrických léčebnách. Nízkoprahová centra, terapeutické komunity a propracovaný systém doléčování je řízen především neziskovým sektorem.

2. Teorie vztahové vazby

2.1. Prospektivní přístup, pozorování malých dětí a instinktivní chování

J. Bowlby (2010) se při zkoumání chování malých dětí vymežil proti, tehdy převládajícímu, psychoanalytickému přístupu. Jako postup svých zkoumání zvolil prospektivní přístup. Výchozím bodem není symptom, který působí potíže, ale událost či prožitek považovaný za potenciálně patogenní pro rozvoj osobnosti. Oproti tomu psychoanalytické teorie začínají u symptomu a formulují hypotézy o událostech a procesech, které k tomuto vývoji přispěly (retrospektivní přístup). Bowlbyho pohled začíná u třídy událostí, například ztráta mateřské postavy v kojeneckém věku nebo raném dětství a odtud se pokouší vysledovat psychologické či psychopatologické procesy, které jsou jeho běžným důsledkem.

Základní data autorova pozorování tvoří chování dětí ve skutečných situacích, nikoliv data získaná při léčbě dospělých pacientů. V úvahu bere také data etologická, protože co se týče zvířat, sdílíme s nižšími druhy anatomické i fyziologické vlastnosti, což se týká například krmení mláďat, reprodukce a vylučování. Při svých pozorováních se také drží evoluční teorie Ch. Darvina (2007), podle které, je konečným cílem, pro něž jsou adaptovány všechny struktury živého organismu, přežití.

Bowlby je přesvědčen, že chování dítěte, které vede k udržování blízkosti k mateřské postavě, a které je označováno jako vazebné chování, je příkladem instinktivního chování. To znamená, že jako takové napomáhá přežití.

V rámci etologických sledování, popisuje u zvířat behaviorální systémy, které se v průběhu vývoje stávají kompletní a funkční a důsledky jejich aktivace začínají být pravidelnými a efektivními až když je pták či savec starší. U některých živočišných druhů a jejich behaviorálních systémů jsou změny environmentálně labilní a jejich forma v dospělosti je velmi ovlivněna proměnlivostí prostředí. V takových případech je období, kdy existuje citlivost ke změnám v prostředí, často časově omezené a nazývá se kritickou fází nebo citlivým obdobím. Citlivá období pro různé behaviorální systémy nastávají u různých

živočišných druhů v různých okamžicích životního cyklu. Zpravidla se vyskytují relativně brzy v životě a v některých případech se vyskytují dříve, než je samotný systém funkční.

Podobně i u lidí, v průběhu kojeneckého věku a dětství, nejsou lidé schopni strukturovat své chování složitějším způsobem, než pomocí nejjednodušších plánů. V dospívání a dospělosti je chování organizováno dle propracovaných plánových hierarchií. Systémy odpovědné za instinktivní chování jsou obvykle začleněny do složitých systémů, takže typické a rozlišitelné vzorce instinktivního chování už nejsou patrné, s výjimkou situace těsně pře dosažením stanoveného cíle.

Sledování K. Z. Lorenze (1935) ukázala, že u mladých zvířat existuje výrazná tendence přibližovat se ke známým objektům a vyhýbat se objektům neznámým. Proces rychlého osvojení něčeho známého a následování tohoto známého objektu nazývá autor „imprinting“ (vtištění). Tyto poznatky odvozené ze sledování zvířat jsou relevantní pro problematiku vztahové vazby lidského dítěte k matce. Významný je také proces omezující sociální preference na konkrétní třídu objektů.

Bowlby se přiklání k teorii Ch. Darvina, kdy instinktivní chování je výsledkem behaviorálních struktur, které jsou aktivovány a ukončovány určitými podmínkami. Staví se proti představě o psychické energii S. Freuda (1920), která protéká organismem a vybíjí se skrze různé kanály. Zatímco některé Freudovy pozdější teorie chápou organismus tak, že začíná svůj život s určitým množstvím nestrukturované energie, která se v průběhu vývoje stále více strukturuje, Bowlby se přiklání k teoriím, které chápou organismus tak, že se vyvíjí s velkým množstvím strukturovaných behaviorálních systémů, které se v průběhu vývoje zdokonalují prostřednictvím procesů učení a integrace. Některé z těchto systémů jsou aktivní již při narození a jiné se aktivují později, v průběhu vývoje organismu.

2.2. Vazebné chování

Během dvanácti měsíců si všichni novorozenci vytvoří silné pouto k mateřské postavě. Jde o první mezilidský vztah dítěte, který tvoří základní kámen jeho osobnosti. Bowlby se ve svém pojetí vymezuje proti psychoanalytické koncepci sekundárního pudu, podle které je

hlavním důvodem vazby k matce potřeba uspokojení výživy (Freud, 1940). J. Bowlby (1958) se přiklání k názoru, že primární potřebou dítěte je především blízkost k matce.

Pouto dítěte k matce je výsledkem činnosti řady behaviorálních systémů, které mají blízkost k matce jako svůj předvídatelný výsledek. Ontogeneze těchto systémů je u dítěte pomalá a rychlost vývoje se mezi dětmi liší. Jakmile dítě vstoupí do druhého roku života a je pohyblivé, téměř vždy je vidět typické chování svědčící o citové vazbě. V tomto věku jsou příslušné behaviorální systémy aktivovány zejména odchodem matky nebo čímkoli jiným vzbuzujícím strach. K podnětům, které tyto systémy nejspolehlivěji ukončují, patří: spatření matky, zaslechnutí matky nebo dotek matky. V určité fázi vývoje behaviorálních systémů zodpovědných za vztahovou vazbu se blízkost k matce stává stanoveným cílem. Původních pět vzorců chování, které přispívají k citové vazbě (sání, přidržení, následování, pláč, úsměv) se mezi devíti a osmnácti měsíci obvykle začleňují do mnohem důmyslnějších systémů korigovaných k cíli. Tyto systémy jsou organizovány a aktivovány tak, že udržují dítě v blízkosti matky. Matka se stará o to, aby mládě zůstávalo v její blízkosti. Pokud se jí nedovede pevně držet, poskytuje mu podporu, pokud se zatoulá daleko, stáhne si jej zpět. To jsou všechno formy vazebného chování, ke kterým patří především vyhledávání a udržování blízkosti k druhému jedinci. Vazebné chování k matce se v této formě časem vytrácí, ale nikdy nemizí docela.

Většina tří měsíčních dětí, které žijí v rodině, reaguje odlišně na matku a na ostatní lidi. Dítě se na matku usmívá, v její přítomnosti se hlasově se rychleji projeví a sleduje ji déle než ostatní. Chová se tak aby se udrželo v její blízkosti. Chování udržující blízkost je nejvíce patrné, když matka odejde z místnosti a dítě pláče a snaží se ji následovat (Ainsworth 1963, 1967). Když se matka vrátí, dítě ji vítá s úsměvem, zvedáním rukou a spokojeným pobrukováním. Vazebné chování pozorovala M. Ainsworth (1963) mimo jiné v rámci sledování gandských dětí.

Doba, kdy se u dětí vazebné chování poprvé objeví, je rozdílná. Obvykle k tomu dochází mezi čtvrtým a dvanáctým měsícem. V době, kdy se u dětí objevilo poprvé vazebné chování, se jedna čtvrtina dětí zaměřila do jednoho měsíce i k dalším členům rodiny (Schaffer, Emmersonová, 1964a). Ve věku osmnácti měsíců byly všechny děti připoutané alespoň k jedné další osobě a často k několika. Otec byl nejčastější další osobou vyvolávající vazebné chování. Nebyly zjištěny žádné důkazy, že citová vazba k matce je méně intenzivní, když je vazebné chování zaměřeno k ostatní osobám. Vazebné chování je intenzivnější, když

je dítě polekané (únava, nemoc, bolest, strach). Při vazebném chování dítě samo přebírá iniciativu při vyhledávání interakce. Krom pláče, dítě vytrvale volá a je-li vyslyšeno, otáčí se a usmívá na matku. Později ji vítá a vyhledává její pozornost kouzelnými způsoby. Vzorec interakcí, který se vyvine mezi matkou a dítětem je výsledkem toho, jak každý ovlivňuje chování toho druhého. J. Bowlby (1958) uvádí pět reakcí, které zprostředkovávají citovou vazbu: pláč a úsměv (přivádí matku do blízkosti dítěte) následování a přidržování se matky (přivádějí dítě k matce a udržují je v její blízkosti) a sání. Šestá reakce nastává s přirozeným vývojem po čtvrtém měsíci: volání (dítě vítá matku krátkými výkřiky).

U většiny dětí, se vazebné chování objevuje silně až do konce třetího roku. Potom nastává změna. Asi do tří let je většina dětí, navštěvujících mateřskou školu, při matčině odchodu rozladěna. Pláčou, sklouzávají do nečinnosti a pasivity. Po třetích narozeninách dokážou přijmout matčinu dočasnou nepřítomnost mnohem lépe a zapojují se snáze do hry s ostatními dětmi. U většiny dětí nastává změna skokově, což dokazuje, že se jedná o vývojový mezník. Po třetích narozeninách se většina dětí dokáže cítit stále více v bezpečí i na neznámém místě s vedlejšími vazebnými postavami. Například s příbuznými nebo s učitelkou ve školce. U většiny dětí, se po třetích narozeninách vazebné chování objevuje méně naléhavě než dříve, ale přesto stále tvoří důležitou součást jejich chování.

Během dospívání se pouto k rodičům mění. Jiní dospělí mohou získat důležitost, jež se vyrovná důležitosti rodičů, nebo ji přesáhnou a do hry vstupuje sexuální přitažlivost k vrstevníkům. J. Bowlby (2010) předpokládá, že vazebné chování v dospělosti je přímým pokračováním vazebného chování v dětství. Existují okolnosti, které způsobují mnohem snazší vyvolání dospělého vazebného chování. Například v nemoci a v neštěstí se lidé obracejí k druhým. Bowlby považuje ze takových okolností nárůst vazebného chování za normální. Distancuje se od psychoanalytického pojmu „regresivní“, který nese konotaci čehosi nežádoucího.

Důležitou rolí matky je také vytvořit dítěti bezpečnou základnu pro průzkum okolí. Záhy poté, co se dítě naučí plazit, začíná podnikat malé výpravy směrem od matky pryč (Ainsworth, 1967). Zkoumá jiné předměty, a lidi a může se i ztratit z očí. Čas od času se k matce vrací jako by se chtělo ujistit, že je stále na místě. Sebejisté zkoumání skončí, když se dítě vyleká nebo zraní nebo pokud se matka zvedne k odchodu.

J. Bowlby (2010) uvádí, že žádnou formu chování neprovázejí silnější pocity než vazebné chování. Osoby, k nimž je zaměřeno, jsou milovány a jejich příchod je radostně

vítán. Pokud je dítě v ničím neohrožené přítomnosti hlavní vazebné postavy, nebo je mu tato postava snadno dosažitelná, cítí se v bezpečí. Hrozba ztráty vytváří úzkost a skutečná ztráta zármutek. Obojí navíc pravděpodobně vyvolá hněv.

2.3. Vývoj vztahové vazby

Při narození není dítě tabula rasa, ale je vybaveno řadou behaviorálních systémů, které jsou připraveny k aktivaci. U dítěte, vyrůstajícího v běžném rodinném prostředí, se vyvíjí behaviorální systémy zprostředkující citovou vazbu, určitým, poměrně stabilním způsobem. Každý systém je nastaven tak, že ho aktivují podněty spadající do jedné nebo několika širokých kategorií a ukončují podněty z jiných širokých kategorií. Tyto systémy také zesilují či zeslabují ještě další podněty.

J. Bowlby (1958) popisuje čtyři fáze ve vývoji citové vazby:

1. fáze: Orientace a signály s omezeným rozpoznáváním postavy.

Dítě se k lidem chová určitým typickým způsobem. Schopnost rozlišit jednoho člověka od druhého je omezená na čichové a sluchové podněty. Trvá do osmého až dvanáctého týdne. V nepříznivých podmínkách může trvat i déle.

2. fáze: Orientace a signály zaměřené k jedné rozeznávané postavě (nebo k několika)

Dítě se nadále chová k lidem přátelsky, ale chování je výraznější k mateřské postavě. Fáze trvá do šestého měsíce. Může trvat i déle, podle okolností. Diferencují se reakce na sluchové a zrakové podněty.

3. fáze: Udržování blízkosti k rozeznávané postavě prostřednictvím lokomoce a signálů

Dítě stále více diferencuje způsob chování k lidem a rozšiřuje repertoár reakcí. Dokáže následovat odcházející matku, vítá ji při návratu a používá ji jako základnu pro své průzkumy. Vytrácejí se přátelské a uniformní reakce na všechny ostatní

postavy. Některé lidi si dítě vybere jako další vazebné postavy a jiné ne. Cizí lidé vyvolávají stále větší opatrnost a později také úlek a odstup. Chování k matce začíná dítě organizovat jako korigované k cíli a tehdy je citová vazba k mateřské postavě jasně viditelná. Začíná v šestém či sedmém měsíci. U dětí, které měly málo kontaktu s hlavní postavou, se může objevit až v době po třetích narozeninách.

4. fáze: Utváření partnerství korigovaného k cíli.

Dítě začíná udržovat blízkost k vazebné postavě prostřednictvím jednoduše organizovaných systémů korigovaných k cíli a využívá primitivní kognitivní mapu. Matku začíná pojímat jako nezávislý objekt pohybující se v předvídatelném časoprostorovém kontinuu. Časem dítě získá vhled do pocitů a motivů matky. Tím jsou položeny základy budování vzájemného vztahu – partnerství. K těmto událostem dochází v polovině třetího roku.

Kdy přesně nastane připoutání nelze jasně říci. Co lze vysledovat je, že v první fázi dítě ještě není připoutáno, ale ve třetí fázi už citově připoutáno je.

Podle pozorování M. D. Ainsworth (1964) mají téměř od samého začátku děti více než jednu postavu, k níž zaměřují své vazebné chování. K těmto různým postavám se dítě nechová stejně. Hlavní vazebné postavy mohou zastoupit i jiní lidé, než biologická matka.

Během druhého roku života dítě zaměřuje vztahové chování k více než jedné postavě a často i k několika. Přestože je ve věku dvanácti měsíců větší množství vazebných postav asi pravidlem, dítě se k těmto postavám nechová rovnocenně. Mezi devíti a dvanácti měsíci má dítě s více než jednou vazebnou postavou tendenci následovat pouze postavu jedinou. Pokud je dítě hladové, unavené nebo nemocné, obvykle se obrací k preferované postavě. Ostatní postavy vyhledává, když má dobrou náladu a chce si hrát.

Koho si dítě zvolí za hlavní vazebnou postavu a ke kolika dalším postavám se připoutá, závisí do značné míry na tom, kdo se o něj stará a na složení domácnosti, v níž žije (matka, otec, sourozenci, prarodiče). Ve většině případů je hlavní vazebnou postavou biologická matka. Přesto tuto úlohu mohou zaujmout i jiní lidé. Pokud se zástupce matky chová k dítěti mateřsky, dítě se k němu bude chovat tak, jak by se jiné dítě chovalo ke své přirozené matce. Mateřské chování zahrnuje především živou sociální komunikaci a pohotové reakce na signály a pohyby dítěte. Přesto situace péče může být pro náhradní matku obtížnější

než pro biologickou. Například u jiných savců, hraje v péči o mláďata důležitou roli hladina mateřských hormonů těsně po porodu a podněty pocházející přímo od novorozeného dítěte.

U dítěte, které začíná vykazovat intenzivní citovou vazbu k hlavní postavě, je významně větší pravděpodobnost, že své chování zaměří také k dalším rozlišovaným postavám, zatímco dítě, které je slabě připoutáno, spíše omezí své sociální chování na jedinou postavu. Čím je citová vazba dítěte k jeho hlavní postavě nejistější, tím více bude inhibované při navazování citové vazby k jiným postavám. Je chybou předpokládat, že dítě rozděluje citovou vazbu mezi mnoho postav tak, že skončí bez silné vazby k některé z nich a tudíž, že by nějakou konkrétní postavu nepostrádalo, pokud je nepřítomná. Starší i novější důkazy (Rutter, 1981; Ainsworth, 1982) Podporují hypotézu, kterou podporuje též J. Bowlby (1958), že u dítěte existují silné dispozice k tomu, aby se vazebné chování zaměřilo především k jedné konkrétní osobě.

Při procesu vedoucím k výběru postav jsou nejdůležitějšími proměnnými reakce na pláč a pohotovost k sociální komunikaci (Schaffer, Emmerson, 1964a; 1964b). Ke stejným závěrům došla při svých pozorováních i M. D. Ainsworth et. al. (1978). S vývojem vazebného chování výrazně souvisejí dvě proměnné: 1. vnímavost matky na signály dítěte a 2. rozsah a povaha interakcí mezi matkou a dítětem. Děti jsou nejtěsněji připoutány k matkám, které na signály svých dětí reagují rychle a přiměřeně a které se s nimi zapojují do sociálních interakcí.

Nejdůležitější složkou mateřské péče je sociální interakce nikoliv rutinní péče. Matky méně citově připoutaných dětí od nich odcházejí na delší dobu a část z nich přenechává část mateřské péče druhým lidem a to i tehdy, když jsou samy přítomné. Pro vznik vazebného chování jsou asi nejdůležitější podněty zrakové, sluchové, dotykové, kinestetické a čichové. Úsměv, žvatlání a oční kontakt jsou významné při vzniku vazby mezi dítětem a matkou. Dítě, se citově připoutá spíš k postavám, které s ním komunikují, než k těm, které nedělají o moc více, než zabezpečují jeho tělesné potřeby.

Přestože schopnost vytvořit si citovou vazbu je v prvních týdnech po narození nízká, zvyšuje se v průběhu druhého a třetího měsíce. Skutečnost, že základy vazebného chování jsou jasně stanoveny ke konci prvního půlroku, nasvědčuje tomu, že v předchozích měsících, v měsíci čtvrtém, pátém a šestém je většina dětí ve stavu zvýšené citlivosti ke vzniku vazebného chování (Bowlby, 2010). Co se týče vzniku vztahové vazby, je jasné, že během druhé čtvrtiny prvního roku života jsou děti citlivé a jsou připravené navázat citovou vazbu.

To mohou udělat ještě po půl roce svého věku, avšak jak měsíce ubíhají, obtíže narůstají. Zdá se, že ve druhém roce jsou tyto potíže již hodně velké a nijak se nezmenšují.

2.4. Vztahová vazba a její význam v průběhu života

Vazebné chování nemizí spolu s dětstvím, ale přetrvává po celý život. Člověk si vybírá staré nebo nové postavy a udržuje k nim blízkost nebo s nimi komunikuje. Prostředky k dosažení vazebného chování jsou stále rozmanitější. Když starší dítě, nebo dospělý člověk udržuje citovou vazbu k jinému člověku, dělá to rozšiřováním svého chování tak, aby zahrnovalo nejen základní prvky vazebného chování přítomné v době prvních narozenin, ale stále širší spektrum složitějších prvků. Stupeň behaviorální organizace je vyšší.

Již v původních studiích vzorců vztahové vazby existují důkazy a základní východiska pro předpoklad, že vztahová vazba k primárním pečujícím osobám ovlivňuje schopnost emoční regulace (v tehdejších pojmech schopnost ovládání ega) a také další vztahy, které člověk naváže. Také skutečnost, že vzorec vztahové vazby u dítěte silně koreluje s tím, jak se k němu chová jeho matka, je v souladu se zkušeností mnoha dětských psychiatrů a poukazuje na kauzální vztah s mnoha praktickými důsledky.

Jak uvádí autoři J. H. Block a J. Block (1980), existují dvě dimenze osobnosti, o nichž se domnívají, že mají sociální a klinickou hodnotu a také že jsou v čase stabilní. Jedna je ovládání ega a druhá je odolnost ega. Ovládání ega sahá od silného ovládání přes střední až po slabé, přičemž optimum je uprostřed. Odolnost ega sahá od vysoké k nízké, čili křehké, s optimem na horním konci. K vlastnostem silně ovládaného člověka patří: omezené a inhibované reakce, slabé vyjadřování emocí a úzký rozsah zpracovávaných informací. K vlastnostem slabě ovládaného člověka patří: impulzivita, roztržitost, volné vyjadřování emocí a příliš malé omezování zpracovávaných informací. Odolnost ega se vztahuje ke schopnosti člověka modifikovat svou úroveň ovládání podle okolností. K vlastnostem vysoce odolného člověka patří vynalézavost při adaptaci na proměnlivé situace, pružné využívání behaviorálního repertoáru a schopnost zpracovávat souběžné a protichůdné informace. Naopak křehký člověk je málo pružný a na proměnlivé a stresující situace buď reaguje tím,

že rigidně setrvává u své původní reakce, anebo začne jednat chaoticky. Souběžné a protichůdné informace v něm vyvolávají nepřiměřenou úzkost.

Při sledování dětí (Main, Weston, 1981) se také ukázalo, že vztah ke každému z obou rodičů má vliv na to, jak dítě přistupuje k novým lidem a k novým úkolům. Děti prožívající jistotu ve vztahu k oběma rodičům byly nejvíce sebejisté a nejvíce kompetentní. Děti bez jistoty ve vztahu k oběma rodičům byly nejméně sebejisté a kompetentní. Děti s jistou vazbou k jednomu rodiči, ale ne ke druhému byly někde uprostřed.

Existuje úzký vztah mezi mateřskou vnímavostí v prvních měsících života a vzorcem vztahové vazby. Silné následky raných prožitků dítěte na vzorec vztahové vazby, a tudíž na vývoj osobnosti, nejsou nikde vidět lépe než na silně narušeném sociálním chování dětí, které byly týrány rodičem nebo které strávily své první roky v ústavu (Main, 1979). K chování, které se významně častěji objevovalo u týraných dětí, patřily útoky na vrstevníky, vydírání pečovatelů a vyhrožování jim a takové reakce na přátelské nabídky, kdy se dítě buď interakci vyhýbalo, nebo střídalo pohyby úniku a přibližování. Tímto způsobem mají děti tendenci se izolovat a také odcizovat dospělým, kteří by jim mohli pomoci, což vede k bludnému kruhu. Podobné typy chování, v menším měřítku, byly pozorovány u vyhýbavých dětí z normálních populací a ty korelují s matčinou averzí k fyzickému kontaktu s dítětem a s jejím zlostným chováním k němu (Main, Weston, 1982).

Výzkumy potvrzují hypotézu, že již záhy v životě existuje citlivá období, po jejichž skončení je stále obtížnější vytvořit jistou a rozlišující citovou vazbu; anebo jinak řečeno, že vzorec, podle něž je vazebné chování dítěte již organizováno, má tendenci přetrvávat a se vzrůstajícím věkem dítěte je jeho modifikace novou zkušeností stále méně snadná a stále méně dokonalá (Rutter, 1981).

J. Bowlby (2010) navrhuje následující obraz vývoje osobnosti. Zkušenost malého dítěte s povzbuzující, podporující a spolupracující matkou, a o něco později s otcem, mu dodá pocit vlastní hodnoty, víru v užitečnost druhých lidí a příznivý model, podle kterého bude navazovat budoucí vztahy. Dále mu tato zkušenost umožní s důvěrou prozkoumávat své prostředí a účinně s ním zacházet, čímž se posílí jeho pocit kompetence. Od té chvíle jsou-li rodinné vztahy i nadále příznivé, tyto prvotní vzorce myšlení, cítění a chování nejen přetrvávají, ale osobnost se stále více strukturuje směrem k mírné sebekontrolě a k odolnosti a stále pevněji v tom pokračuje navzdory nepříznivým okolnostem. Jiný typ raného dětství a pozdější zkušenosti má jiné účinky, obvykle vedoucí k osobnostním strukturám se sníženou

odolností a narušenou sebekontrolou, k labilním strukturám, které rovněž mají tendenci přetrvávat. Způsob strukturování osobnosti má potom vliv na to, jak člověk reaguje na budoucí nepříznivé události, kde mezi nejdůležitější patří odmítnutí, odloučení a ztráta.

2.5. Testová situace pro určení typu vztahové vazby u dětí

M. Ainsworth et. al. (1978), blízká spolupracovnice J. Bowlbyho, vytvořila metodu neznámé situace (Strange Situation). Tato metoda je navržena k vyhodnocení individuálních odchylek v organizaci vazebného chování dvanáctiměsíčního dítěte vůči matce. Postup sestává ze série tří epizod, trvajících dohromady dvacet minut, kdy je roční dítě pozorováno v malé a pohodlné, ale pro ně neznámé místnosti, štědře vybavené hračkami, nejprve s matkou, potom bez ní a konečně po jejím návratu. Tento postup představuje situaci narůstajícího stresu, při níž vzniká příležitost zkoumat individuální odchylky v tom, jak dítě svou matku používá jako základnu pro zkoumání okolí, jak od ní dokáže získat útěchu a jak se mění rovnováha mezi vztahovou vazbou a prozkoumáváním okolí během série měnících se situací.

Během prvních tří minut kdy je dítě samo s matkou, téměř všechny děti novou situaci intenzivně prozkoumávají a při tom po očku sledují matku. Pláč se v podstatě nevyskytuje. Přestože příchod cizího člověka téměř u všech dětí jejich průzkumné aktivity omezuje, nadále se pláč nevyskytuje. Když však matka odejde a ponechá dítě s cizím člověkem, u více než poloviny dětí se chování náhle změní a jsou mnohem více patrné diferencované reakce.

Podle Ainsworthové je nemožné snažit se uspořádat děti podle síly citové vazby, je jasné, že k dosažení shody s daty je zapotřebí několika stupnic. Za zvláště důležitou, považuje dimenzi „jistota citové vazby“. Roční dítě, které dokáže zcela svobodně prozkoumávat okolí v neznámé situaci, které není vylekáno příchodem cizího člověka, které má povědomí o matčině výskytu během její nepřítomnosti a které ji vítá při jejím příchodu, je klasifikováno jako „jistě připoutané“. Na opačném pólu budou děti „extrémně nejistě připoutané“, které neprozkoumávají okolí, ani když je matka přítomna, velmi se bojí cizího člověka, v matčině nepřítomnosti upadají do beznaděje a úzkosti a při jejím návratu ji ani nepřivítají.

Jako cenný ukazatel jistoty citové vazby dítěte k matce se ukázalo, jakým způsobem na ni dítě reaguje po její krátké nepřítomnosti. Dítě, které si je jisté, vykazuje organizovanou poslušnost k cíli korigovaného chování. Poté, co matku přivítá a přiblíží se k ní, dožaduje se buď vyzvednutí do náruče a přivinutí, nebo alespoň setrvání v její blízkosti. U ostatních dětí, je možné pozorovat jiné typy reakcí. Jedním typem je očividný nezájem o matčin návrat anebo vyhýbavost, druhým typem je ambivalentní reakce, kdy dítě matku zároveň chce i odmítá.

Použitím tří výše zmíněných vzorců chování, vnikly tři hlavní vzorce vztahové vazby. Tyto byly nejprve vytipovány klinickým posouzením a poté podrobeny statistické analýze, která potvrdila jejich validitu (Ainsworth et al., 1978). Vzorce, které M. Ainsworth označila jako vzorec B, A, C, jsou následující: Vzorec B – Bezpečné připoutání; Vzorec A – Vazba nejistá vyhýbavá; Vzorec C – Vazba nejistá ambivalentní. M. Main (1997) později doplnila výše zmíněnou klasifikaci o čtvrtý vzorec - Vzorec D – Vazba nejistá dezorganizovaná/dezorientovaná. Bližší specifikaci jednotlivých vzorců chování uvádíme v kapitole 14.2. v empirické části této práce.

Výše popsaná kritéria, podle nichž M. Ainsworthová klasifikuje vzorce citové vazby, na škále jistota-nejistota, korespondují s rysy dětství popsanými dalšími autory. T. Benedek (1938) jako „vztah důvěry“; M. Klein (1948) jako „introjekce dobrého objektu“ a E. Erikson (1950) jako „základní důvěra“. Všechny jmenované pojmy označují aspekt osobnosti, nesmírně důležitý pro duševní zdraví.

Konkrétní vzorec citové vazby se odvíjí částečně od počátečních dispozic, které matka i dítě do partnerství přinášejí a částečně tak, že se oba průběžně vzájemně ovlivňují. M. Ainsworth (1974) předkládá důkazy o silné korelaci mezi vzorcem citové vazby pozorovaným u dítěte a vzorcem mateřské péče, jaké se mu v té době dostávalo. Vzorec citové vazby, jaký dítě vykazuje vůči své mateřské postavě, je do velké míry důsledkem mateřské péče, kterou dostává. Autorka definuje mateřské chování, přispívající k jisté citové vazbě: a) častý a trvalý tělesný kontakt mezi dítětem a matkou, zejména během prvního půl roku spolu se schopností matky utišit znepokojené dítě tím, že jej vezme do náruče; b) vnímavost matky k signálům dítěte a zejména její schopnost načasovat své intervence v souladu s jeho rytmy; c) prostředí regulované tak, že dítě dokáže vycítit důsledky vlastních činů; d) vzájemné potěšení, které nacházejí matka a dítě ve společné přítomnosti.

2.6. Stabilita vzorců chování v dětství

Významným faktorem, který je důležitý zmínit, je trvalost a stabilita vzorců chování. V době prvních narozenin si matka a dítě přizpůsobí své reakce natolik, že výsledný interakční vzorec se stane vysoce typickým. Míra stability vzorce odpovídá míře spokojenosti obou partnerů. Interakční vzorec, vypracovaný během prvního roku, ať již je uspokojivý nebo ne, má tendenci přetrvávat alespoň po další dva nebo tři roky (David, Appell, 1969). Každý člen dvojice očekává od druhého, že se bude chovat určitým způsobem, a zároveň se nedokáže vyhnout tomu, aby ve druhém nevyvolala očekávané chování, byť i jen proto, že toto chování je běžnou reakcí druhého. Existují důkazy, že trvalé a zdánlivě stabilní interakční vzorce mezi matkou a dítětem mohou být značně pozměněny událostmi v následujících letech. Chronická nemoc dítěte, deprese u matky, odloučení nebo ztráta jakožto sankce. Tyto a jiné situace mohou vést ke změně chování a změnit interakční vzorec k horšímu. Naopak vnímavější přístup matky k dítěti a větší přijetí jeho vazebného chování může intenzitu chování snížit a matce usnadnit uspokojení dítěte.

Předpoklad, že do doby prvních narozenin si dvojice pravděpodobně vytvořila charakteristický vzorec interakcí, znamená pouze to, že u většiny dvojic je tou dobou již přítomen vzorec, který pravděpodobně přetrvává (Bowlby, 2010). V současné době, je známo nesmírně málo o stabilitě nebo labilitě behaviorální organizace malých dětí. Lze říci jen to, že jak roky ubíhají, labilita se zmírňuje, jakákoli existující organizace je postupem času stále hůře změnitelná. Ustavený vzorec vzniká jako důsledek vzájemné adaptace. Tlak na jeho udržení sílí na obou stranách, stabilita je předností i slabinou. Pokud je vzorec pro budoucnost obou stran přínosem, jeho stabilita je předností, pokud ne, jeho stabilita představuje problém, neboť jakákoliv změna ve vzorci jako celku vyžaduje změnu v behaviorální organizaci obou partnerů. Pro dětskou psychiatrii je významné poznání, že problémy, které je třeba řešit, nejsou často omezeny na jednotlivce, ale obvykle povstávají ze stabilních interakčních vzorců, které se vyvinuly mezi dvěma a často i mezi více členy rodiny. Diagnostické dovednosti vyhodnocují tyto interakční vzorce a dispozice členů rodiny, které je udržují a terapeutické dovednosti spočívají v postupech, které umožní, aby změny proběhly více či méně u všech členů rodiny, aby mohl vzniknout a zaběhnout se nový interakční vzorec.

Některé výzkumy dokládají, že vysoké procento dětí (přes 80%) vykazuje ještě v šesti letech chování charakterizující určitý typ vazby dítěte s matkou v útlém věku (Main, Cassidy, 1988). I v současné době, se stále objevuje otázka, jak a do jaké míry, je raná vazba matky s dítětem určující pro jeho další socioemocionální vývoj. J. Bowlby (1990) mluví o vnitřním pracovním modelu a později o mentální reprezentaci sebe a ostatních. Pokud vazebná osoba (matka) dokáže respektovat potřebu pohodlí a bezpečí dítěte a zároveň touhu explarovat a autonomně zkoumat, dítě si velmi pravděpodobně vytvoří mentální reprezentaci sebe sama jako hodnotného, sebejistého a samostatného jedince. Pokud matka tuto jeho snahu nepřijímá a odsuzuje snahu dítěte o pohodlí a explorační, dítě má tendenci vytvořit model sebe sama jako jedince bezcenného a neschopného. Například odmítaný kojenec zažívá stálý vnitřní rozpor, protože cítí, že by se matce neměl přibližovat, neboť riskuje její odmítnutí, ale zároveň potřebuje její oporu a je neschopen se bez ní a její pomoci obejít (Main, 1986).

3. Vztahová vazba ve vztahu k emoční regulaci

Koncept emoční regulace se začal formovat v 80. letech. Emoční regulace se považuje za součást konceptu osobnosti, hraje centrální úlohu v konstruktu temperamentu a je důležitým aspektem individuální organizace chování (Eisenberg et. al, 2000; Goldsmith, 1987). Emoce a jejich regulace se zkoumají z různých hledisek. Autoři Eisenberg et. al. (2000) popisují kontinuum přístupů, které na jedné straně uvažují o emoční regulaci jako o vnitřním emočním programu, který se generuje v interakci s vnějším světem. Na druhé straně kontinua stojí představa, která zdůrazňuje emoční regulaci v souvislosti se situací evokující emoce.

Emoční regulace neznamena jen přímé ovlivňování citů, ale zahrnuje také regulaci emocí pomocí změny vnější situace prostřednictvím konání. Narušená emoční regulace (dysregulace) nastává buď na vnitřní úrovni zpracování informací (např. omezení vnímání a interpretace sociálních situací) anebo na úrovni odpovědi (např. nepřiměřené vyjádření emocí). Narušená emoční regulace omezuje člověka v realizaci vlastních cílů a představuje porušení sociálních a kulturních pravidel ve specifických situacích (Zimmermann, 1999a).

S cílem popsat individuální proces adaptace jednotlivce a současně zohlednit vývojové změny formuloval Zimmermann (1999a) tzv. všeobecný model regulace emocí a chování. Model zahrnuje tři základní procesy vnější a vnitřní emoční regulace a regulace chování a jejich propojení:

1. Hodnocení a emoční reakce na základě vnější situace a senzorického vstupu.
2. Aktivace chování resp. kognitivní produkce možných strategií ke zvládnutí situace.
3. Cílené sebeřízení na základě hodnotících procesů, emoční reakce, aktivace konání a produkovaných strategií zvládnání (Zimmermann, 1999a, 1999b, 2002).

Z uvedeného modelu je podle P. Zimmermanna (2002) možné posuzovat interindividuální rozdíly v adaptivní kvalitě jednotlivých vzorců emoční regulace na třech úrovních. Míra efektivity regulace emocí a chování se ukazuje:

1. Ve flexibilitě hodnocení situací: množství informací a vysvětlení, které osoba zohledňuje a v kvalitě a intenzitě citů, které jsou s procesem spojené.
2. Ve flexibilitě strategií zvládání, používaných za účelem změny situace anebo vlastních emocí.
3. Ve schopnosti zkoušet efektivitu vlastní regulace a vlastního konání: tzn. koherentně posuzovat situace a zapojovat předběžně se objevující emoce do řízeného chování.

Ve vysvětlení interindividuálních rozdílů v emoční regulaci na všech třech rovinách hrají velkou úlohu zážitky socializace. Například Eisenberg et al. (2000) referují o jasných socializačních vlivech na efektivitu emoční regulace a vyjadřování emocí. Autoři zjistili, že rodinné klima, které se vyznačuje soudržností, kohezí a podporou individuálního vývoje jejích členů, souvisela s aktivními copingovými strategiemi mládeže. Podle P. Zimmermanna jsou významným činitelem zkušenosti s primárními osobami. V adolescenci je schopnost emoční regulace ovlivněna nejen aktuální kvalitou vztahu a momentálně prožívanou oporou primárních osob, ale také strukturami, které se vyvinuli na základě raných vztahových zkušeností (Zimmermann, 1999b; Bretherton, Munholland, 1999). J. Bowlby (2012) předpokládá, že podpora a emoční dostupnost primárních pečujících osob v raném dětství, je pro vývoj emoční regulace a adaptace jedince zásadním momentem.

3.1. Organizace vztahové vazby a emoční regulace v dětství

Rozdíly v systému vztahové vazby a explorace jsou vyjádřené prostřednictvím kvality vztahové vazby dítěte k primární osobě. Na základě aktivace vztahového chování byly popsány čtyři základní vzorce organizace citové vazby. Vzorce vztahové vazby autorky M. Ainsworth (et al., 1978) označené jako vzorec B, A, C, a vzorec D (Main, 1997), v podstatě představují organizované způsoby zvládání emočně zatížených situací.

Vzorec B – Vazba jistá

Děti s jistou citovou vazbou hledají při negativních pocitech primární osobu (vazebnou osobu) a nachází u ní přiměřené uspokojení. Mají zkušenosti s přijetím od této osoby. Otevřeně a přiměřeně komunikují pozitivní i negativní city. Tento způsob představuje věku přiměřenou efektivní strategií zvládání emoční zátěže (externí emoční regulaci, Spangler, 1999).

Vzorec A – Vazba nejistá: úzkostná vyhýbavá

Děti s tímto typem vazby nedokážou využít sociální oporu. Nevyjadřují své city otevřeně, vyhýbají se komunikaci s primární osobou a svojí pozornost orientují na objekty. Potlačují své emoce. V zátěžové situaci působí spokojeně, bez znaků emočního vzrušení, což se může zdát v daném kontextu přiměřené. Tento způsob regulace emocí však není efektivní, protože měření ukazují, že dítě prožívá stres na fyziologické úrovni a ten zůstává neregulovaný (Spangler, 1999). Negativním důsledkem této strategie je zablokovaná možnost hledání pomoci u rodičů a nepřiliš efektivní přeorientování na intrapsychické regulační strategie, které nemusí být úspěšné.

Vzorec C – Vazba nejistá úzkostná vzdorující

Úzkostně připoutané děti také disponují neefektivní strategií emoční regulace. V emočně náročné situaci, se u nich projevuje jak na fyziologické rovině, tak na rovině chování sotva regulovatelné citové vzrušení (Spangler, Schieche, 1998).

Vzorec D – Vazba nejistá dezorganizovaná/ dezorientovaná

Dezorganizované děti mají silně narušenou anebo žádnou strategii zvládání emoční zátěže. V regulaci emočních stavů jsou neúspěšné. Často u nich dochází k poruchám emocí, chování a adaptace.

Jistá citová vazba představuje efektivní strategii emoční regulace. Aktivace na fyziologické rovině a v projevu chování je přiměřená. Jistá citová vazba je spojena se zdravým emočním vývojem a sociální adaptací jednotlivce (Sroufe, 1989; Suess, Grossmann, Sroufe, 1992; Zimmermann, 2002).

Například autoři Suess, Grossmann, Sroufe (1992) zjistili, že děti s jistou citovou vazbou v porovnání s dětmi s nejistou citovou vazbou vnímali sociální situace realističtěji a interpretovali je prosociálně. Děti s nejistou citovou vazbou v nejasných a ambivalentních situacích spíš připisovaly jiným lidem hostilní úmysly. Jistá citová vazba byla dále spojována s ego-flexibilitou.

Nejisté organizace citové vazby jsou považované za neefektivní vzorce emoční regulace a mohou ohrozit socio-emocionální vývoj dítěte. Děti s nejistou citovou vazbou mají nižší ego-flexibilitu, méně efektivní emoční regulaci, nižší schopnost adaptace a vyvíjí se u nich častěji poruchové chování a klinické symptomy (Greenberg, 1999; Dozier, Stovall, Abus 1999).

3.2. Organizace citové vazby a emoční regulace v adolescenci

S rostoucím věkem je emoční regulace více řízena psychickými strukturami, vnitřními pracovními modely, které se utvořily na základě raných zkušeností (Grosman, Zimmermann, 1997). Dítě se v interakcích s rodiči učí v raném věku regulovat vnitřní napětí. Zvnitřněním množství interakčních zkušeností se utváří individuální vzorce emoční regulace. Procesy emoční regulace (hodnotící vzorce, přístupnost citů, souvislost citů a reakcí) se automatizují. Vazebné chování se v původní podobě ztrácí a adolescent hledá nikoliv tělesnou, ale psychickou blízkost důležitých (primárních) osob. Například partnerský rozhovor, radu, pomoc v těžké situaci, podporu atd. Interpsychická emoční regulace se postupně mění na intrapsychickou (např. vyhledáním rodiče a řeším s ním problém). Na významu získává organizace vztahové vazby na deklarativní úrovni – mentální reprezentace.

Mentální reprezentace vztahové vazby není jen jednoduché pokračování organizace vztahové vazby z dětství, ale zahrnují také aktuální reprezentaci myšlenek, vzpomínek a citů vzhledem ke zkušenosti z interakcí s vazebnými osobami v dětství. Jsou to zvnitřněné představy a očekávání o sobě, primárních osobách a jejich spolehlivosti, o významu emočních vazeb (Cassidy, 1994). Utvářejí se a mění s postupujícím kognitivním vývojem.

Uvedené definice (mentální) reprezentace vztahové vazby s ohledem na emoční regulaci v adolescenci jsou kategorizovány pomocí klasického standardizovaného polostrukturovaného interview – Adult Attachment Interview (AAI) (Main, 1997).

1. Jistá reprezentace vztahové vazby (F)

Lidé s jistou citovou vazbou připisují citovým vazbám vysokou hodnotu a považují zážitky z raných vztahů za podstatné pro svůj vývoj. O těchto zkušenostech umí volně hovořit, hodnotit je a integrovat i ty negativní do celkového životního postoje.

2. Nejistá distancovaná reprezentace vztahové vazby (D)

Tito lidé se v AAI distancují od vztahových témat. Nevzpomínají si na zážitky týkající se vztahové vazby v dětství a ani se neumí vcítit do emocí, které tehdy prožívali. Popisují idealizovaný obraz svých rodičů. Pokud popisují zážitky odmítnutí, tak je zlehčují. V jednotlivých výpovědích o osobách citové vazby si protirečí. Popisují se jako nezávislí, samostatní lidé, pro které není blízkost k druhým důležitá.

3. Nejistá zauzlená reprezentace vztahové vazby (E)

Tito adolescenti, resp. dospělí už i na malý podnět vypráví velmi obsáhle a málo uceleně o své vztahové historii. Typické je ulpívání v raných emočních zkušenostech, citový zmatek, nízká objektivita výpovědi, protirečení a neschopnost své zážitky jednoznačně posuzovat. Lidé s touto mentální reprezentací nejsou schopni jednoznačně hodnotit a integrovat negativní a protichůdné emoce do jednoho celku. Vzpomínky u nich často vyvolávají strach, hněv a úzkost.

4. Dezorganizovaná reprezentace vztahové vazby (U). Vyskytuje se v kombinaci s výše popsanými nejistými typy vztahové vazby.

Lidé s touto vazbou zažívali v dětství často traumata v oblasti primárních vztahů (týrání, sexuální zneužívání, alkoholismus rodičů...). Tyto bolestivé zážitky a negativní anebo ambivalentní city dosud neintegrovaly. V AAI iracionálně vykreslují minulé ztráty a traumata (sebeobviňování, logické nesrovnalosti). Aktuální socioemoční kompetence je narušována optikou těchto negativních zkušeností. Typickými projevy v chování jsou přechnutí a zaměřenost na detaily.

Podle Zimmermanna (1999a) je vliv vnitřních pracovních modelů vztahové vazby na vývoj adaptované osobnosti moderovaný prostřednictvím vzorců emoční regulace. Rozdíly mezi jednotlivými typy organizace vztahové vazby ve vztahu k efektivnosti emoční regulace byly doložené empirickými výzkumy (Zimmermann, Gliwizky, Becker – Stoll, 1996; Grossmann, Zimmermann, 1997; Kobak, Sceery, 1988). P. Zimmermann (1999b) zjistil, že

všechny aspekty jisté reprezentace vztahové vazby u adolescentů, zjišťované pomocí AAI (podpora rodičů, hledání blízkosti, koherence diskursu, vzpomínky na dětství, cenění citových vazeb a vztahů a integrace vztahově relevantních zkušeností), měli kladné signifikantní souvislosti s charakteristikami adaptivní emoční regulace podle výše zmíněného modelu.

Děti a adolescenti s jistou a nejistou reprezentací vztahové vazby se liší v míře adaptivní regulace v následujících aspektech (Zimmermann, 1999a, 1999b, 2002).

1. Ve flexibilitě hodnocení situací

Jistá citová vazba k matce v dětství souvisí s vyšší ego-flexibilitou v dětství i v adolescenci. Adolescenti s jistou reprezentací vztahové vazby jsou flexibilnější v hodnocení situací, dokážou zapojit alternativní hodnocení. Emoce, které doprovází jejich reakce, jsou přiměřené situaci, diferencované a vědomě přístupné. V interakci s matkou vykazovali méně nefunkčního hněvu.

Nejistá citová vazba v dětství souvisí s nižší ego-flexibilitou, vyšší bezmocností a bojácností v adolescenci. Hodnocení situací adolescenty s nejistou reprezentací vztahové vazby je rigidnější a schematictější. Zahrnuje jen málo alternativ. Kvalita a intenzita projevovaných emocí je většinou méně přiměřená skutečné situaci (např. hostilní hodnocení situací, interpretace nejasných situací jako odmítnutí).

2. Ve flexibilitě používaných copingových strategií

Adolescenti s jistou reprezentací vztahové vazby jsou flexibilnější v aplikaci copingových strategií. Používají víc konstruktivních, aktivních a méně vyhybavých, situací přiměřených strategií při řešení zátěžových situací. V případě potřeby aktivně hledají a přijímají pomoc od známých osob. Na základě svých zkušeností očekávají, že jim druzí lidé pomůžou. Při řešení konfliktních situací jsou sociálně kompetentnější, hledají intenzivněji přiměřené řešení konfliktu a jsou méně nepřátelští.

Adolescenti s nejistou reprezentací vztahové vazby jsou rigidnější v aplikaci copingových strategií. Jejich chování je buď přehnaně intenzivní, nebo vyhybavé. Snaží se vyhybat stresu, nehledají pomoc u druhých lidí. Na základě svých zkušeností

se domnívají, že je to zbytečné. V problémových situacích jsou jejich strategie chování nejasné málo plánovité. V testu koncentrace vykazují silnou emoční zátěž, i když jsou ve zvládnutí situace úspěšní. Vyhýbavá reprezentace vztahové vazby souvisí s vyhýbavými tendencemi v konfliktních situacích. Zaujatá (úzkostná) reprezentace vztahové vazby je asociovaná s rezignací v konfliktech, provázenou vyhýbavými strategiemi.

3. Ve schopnosti prověřit efektivitu vlastní regulace a vlastního konání

Adolescenti s jistou reprezentací vztahové vazby jsou schopni vědomě vnímat a integrovat pozitivní i negativní city do hodnocení situace, situaci přiměřeně kontrolovat a aplikovat copingové strategie. To znamená, že dokážou efektivně usměrňovat svoje konání (koherentně s adekvátní mírou sebeřízení).

Adolescenti s nejistou reprezentací vztahové vazby jsou schopni jen omezeného sebeřízení. Části skutečnosti, které jsou spojené s negativními emocemi (jako úzkost, bezmoc apod.) spíš vytěšňují a neintegrují, takže přetrvávají v emočním nastavení a jejich emoční regulace není efektivní (Zimmermann et al., 2001).

Schopnost využívat úzké emoční vztahy k regulaci vlastních emocí vykazuje podle K. Grossmanna et al. (2000) kontinuitu. Například organizace citové vazby v prvním roce života předpovídá způsob emoční regulace při vývojových úlohách v pozdějším věku, jako jsou autonomie anebo vztahy s vrstevníky. Jistá vztahová vazba k matce v prvním roce života předpovídá vazebné chování dítěte k rodičům v deseti letech při silné emoční zátěži a tato zase emoční otevřenost a emoční oporu v úzkých přátelských vztazích v šestnácti letech. Odmítavé reakce matek na požadavky svých dvouletých dětí při hře, negativně souvisí se socioemoční kompetencí dětí v šestnácti letech.

Uvedené poznatky představují ukázkou výzkumných prací v oblasti emoční regulace a vztahové vazby. Jak tento zprostředkující mechanismus mezi ranými zkušenostmi a pozdější emoční regulací a socioemocionální kompetencí funguje, je zatím předmětem výzkumu a zůstává otevřený. Další otázkou je, jaký význam mají zkušenosti v pozdějším věku a jak

probíhá korekce minulých zkušeností s primárními osobami například v uspokojivém vztahu anebo pomocí terapie.

Emoční a sociální kompetence není předurčena jen vztahovou vazbou k rodičům v raném věku. Roli hrají také zkušenosti z interakcí v průběhu celého vývoje a další faktory. Individuální vývoj je složitý, multifaktoriálně podmíněný proces. Proto je potřeba brát v úvahu také individuální dispozice (především osobnostní vlivy a temperament) a vlivy ekologické v různých podobách.

Jistá vztahová vazba nemusí být nutně podmínkou zdravého socioemočního vývoje, ale zcela jistě působí jako protektivní faktor. Nejistá vztahová vazba představuje rizikový faktor pro duševní vývoj. Pokud je dítě jistě připoutané k primární osobě, je pravděpodobně, že si vytvoří pozitivní sebeobraz, efektivní emoční regulaci a uspokojivé mezilidské vztahy. V některých výzkumech se ukazuje, že i děti bez pevného emočního zázemí s negativními zkušenostmi z raného věku mohou být kompetentní a odolné vůči zátěži. V našich podmínkách to potvrzují Matějčkovy výzkumy dětí z dětských domovů a nechtěného těhotenství (Langmeier, Matějček, 1974, 1986). Na závěr je potřeba zdůraznit také kulturní vlivy. Specifika kultury a její individuální vnímání se odráží v komplexních vzorcích chování, rolích, výchovných stylech a interakcích a tak přispívají určitým podílem i na formování vzorců emoční regulace.

4. Mentalizace

Výzkumy jisté vztahové vazby v dospělosti vedou k závěrům, že spolu s těmito příznivými vztahovými zkušenostmi je obvykle spojena také dobrá schopnost mentalizace, která se pravděpodobně stává významným mediátorem tvarujícím situačně přiměřené utváření reakcí ve vztahu. Mentalizace je tak rozšířením konceptu empatie (Fonagy, 2006). Jde zde o vžívání se do pocitů druhého člověka a podle neurobiologických teorií úzce souvisí s funkcí zrcadlových neuronů R. Hrubý et al. (2011).

Matky, které jsou schopny u svých dětí rozvíjet bezpečnou vztahovou vazbu, jsou také schopny dobře mentalizovat a vykazují při interakci s dětmi citlivé zacházení. Tuto schopnost získaly na základně přiměřené zkušenosti s vlastní matkou anebo dodatečně v dalších příznivých harmonických vztazích. Kvalita rodičovského vztahu se projevuje ve stylu komunikace. M. Ainsworth (1985) definovala čtyři znaky citlivé péče:

1. Matka musí mít schopnost vnímat dětské signály s maximální pozorností.
2. Musí správně interpretovat signály z perspektivy dítěte. Například poznat zda dítě pláče z hladu, bolesti či nudy.
3. Musí přiměřeně reagovat na signály dítěte.
4. Reakce musí být rychlá v rámci tolerovatelného trvání frustrace.

V procesu mentalizace jde o vžívání se do subjektivního světa dítěte, což matky často provází verbalizací, jakoby hovořily za dítě a někdy používají i množné číslo „my“. Ke konceptu mentalizace patří také empatie vůči sobě samému. Jde o schopnost reflektovat vlastní vnitřní stavy v příslušných situacích. Existují důvody k hypotéze, že nedostatečně rozvinutá schopnost mentalizace může vést až k psychické poruše anebo minimálně představuje rizikový faktor pro její vznik. Autoři G. Tobias et al. (2006) poukazují také na

sníženou schopnost mentalizace v průběhu duševních poruch, která vede začarovaným kruhům, které přispívají k udržení patologie.

Mentalizaci můžeme popsat jako schopnost činit svět lidí kolem sebe, ale i svět fantazií, představ, myšlenek, prožitků apod. psychickým. Tedy takovým, o kterém lze přemýšlet, zároveň reflektovat co prožívám a těmto procesům také rozumět. Tato schopnost se vyvíjí v kontextu blízkých vztahů. Obecně se jedná o schopnost nakládat se svými vnitřními stavy na psychické úrovni. Regulovat, formovat a vymezovat vztahy, jejich hranice a průběh v čase v subjektivní, nikoliv fyzikální rovině (Vavrda, 2005). Jinými slovy to znamená schopnost identifikovat to, co se mnou v daném okamžiku děje, například prožívám úzkost a zvládnout tento stav jako psychický namísto toho, abych s ním nakládal na fyzické rovině, například v podobě tzv. psychomotorického neklidu.

V interpersonálních vztazích má pak mentalizace podobu působení na druhého psychicky. Je snahou ovlivnit psychický stav druhého a porozumět jeho projevům a motivům. Zahrnuje tedy schopnost pracovat s představou sebe a druhých jako psychických bytostí a představou psychiky, jako reprezentující, pracující s modely.

Na počátku života prožíváme řadu fyziologických stavů, které však nedokážeme rozlišovat. Postrádají psychickou kvalitu. Autoři H. Papoušek a M. Papoušek (2002) popisují v teorii sociálního biofeedbacku projevy rodičů, které tvoří „biologické zrcadlo“ svými reakcemi na projevy dítěte. Tak dítě skrze reakce rodičů získává informace o sobě samém. O čem je obsah emocí, jejich význam a smysl, se dítě zprvu učí pozorováním afektivních projevů druhých, které spojuje se situacemi, ve kterých se objevují a s chováním, které je doprovází.

Reprezentace si dítě vytváří především na podkladě informací z okolního světa. Protože vnitřní emoční prožitky nejsou zprvu vědomě vnímány a organizovány tak, aby bylo možné je označit jako emoční stav, je potřeba pomocí mimických a vokálních projevů rodičů afekt dítěte regulovat. Matky bývají naladěné na identifikaci emočních projevů dítěte a mají sklon přizpůsobovat svou emoční reakci tak, aby dítěti pomohla jeho stav regulovat. Zhruba v šesti měsících jsou již projevy emocí dítěte poměrně dobře organizované a vztažené k tomu, co se děje. Zhruba na začátku sedmého měsíce se začíná tvořit specifická vztahová vazba k matce a ke konci prvního roku můžeme pozorovat první projevy kontroly emocí a jejich projevu. V této době začíná být dítě schopno vyvodit závěry o souvislosti emočního stavu

druhého s jeho chováním. Důležité je, aby projevy byly kongruentní a aby afektivní stav a projev rodiče souvisel se srozumitelnými příčinami.

Primární reprezentace sebe sama je uložena v implicitní paměti. Jedná se o soubor projevů a prožívaných stavů, které se opakovaně vyskytují (Vavrda, 2005). Aby byl jedinec schopen sebeřízení a aby mohl nakládat se svými vnitřními stavy, potřebuje k tomu sekundární reprezentace, se kterými lze nakládat na psychické rovině. Ty umožní monitorování a vyhodnocování primárních reprezentací, jsou jejich interpretacemi. Zdá se, že sekundární reprezentace mají dvě roviny a jsou výsledkem interpretace stavu dítěte rodičem. Ten interpretaci sděluje dvěma způsoby. Jednak na stav dítěte přiléhavě reaguje tak, reguluje jeho emoční stav. Tedy amplifikuje pozitivní emoční stavy a redukuje negativní a současně stav také pojmenovává. Pouhé označení stavu bez poskytnutí modelu zvládnutí není dostačující.

Děti mají tendenci opakovat akce, které vykazují jejich kontrolu nad situacemi a které přinášejí očekávaný výsledek (Piaget, 2000). Schopnost kontrolovat situaci, považují G. Gerely a J. Watson (1996) za vrozenou funkci lidské psychiky, která umožňuje pomocí biofeedbacku identifikovat projevy dítěte a odezvy rodiče. Disponujeme tedy vrozenou schopností rozpoznat souvislost mezi svými stavy a projevy v našem okolí. Postupně se vytváří páry reprezentací tvořené na jedné straně souborem toho, co se odehrává na straně dítěte. Například tělesné stavy, vokální projevy, pohyby apod. a na druhé straně stabilní reakcí rodiče na daný soubor. Schopnost psychiky dítěte vytvářet generalizace umožňuje, aby tyto reprezentace byly dostatečně pružné a použitelné v různých situacích.

4.1. Zrcadlení a označování afektu

Rodiče, kteří jsou schopni interpretovat afektivní projevy dítěte, jsou schopní rozpoznat, co prožívá a reagují na jeho emoční projevy interaktivním chováním regulujícím afektivní stav, které zahrnuje opakování (zrcadlení) afektivních projevů dítěte. Afekt zrcadlící chování rodiče se podílí na okamžité regulaci afektivních stavů dítěte. Rodič zrcadlí i negativní afekty dítěte a to tak, že toto zrcadlení nevede k zintenzivnění afektu, ale jeho výsledkem je zklidnění. Dítě se tedy učí o čem afekt je tím, že pozoruje behaviorální důsledky u afektů druhých lidí. Vytváří si tak reprezentaci významu určitého emočního projevu.

Rozlišení mezi afektivním projevem rodiče a rodičovým zrcadlením afektu dítěte umožňuje tzv. „označkování“ (Fonagy et al., 2002). Zrcadlení afektu dítěte není nikdy dokonalé. Dítě je velmi vnímavé vůči rozdílu mezi dokonalým a vysoce podobným avšak netotožným odrazem. To mu umožňuje rozlišit mezi skutečným afektem rodiče a jeho vlastním zrcadleným afektem. K rozlišení afektů dále přispívá zkušenost, že skutečné afekty rodiče nejsou pod kontrolou dítěte, zatímco zrcadlené ano. Dítě si vytváří reprezentaci rodiče zrcadlícího například strach dítěte a oddělenou reprezentaci rodiče, který projevuje strach.

To, že rodiče reagují na afektivní projevy dětí označkováním zrcadlením, má za následek skutečnost, že dítě začne být schopné rozlišovat své vnitřní emoční stavy a jejich aspekty, které odpovídají různým emočním stavům. Dále mu to umožní vytvořit si sekundární reprezentace spojené s primárními reprezentacemi afektů, které umožňují kognitivní zpracování a atribut významu daných emočních stavů. Zároveň si osvojí systém označkových emočních projevů jako reprezentací postrádajících následky v realitě. Například, že označkový projev rozzlobení předchází trestu.

Pokud rodiče selhávají ve schopnosti zrcadlení, vytváří deviantní způsoby zrcadlení. V prvním případě vytváří přiléhavé zrcadlení, které postrádá kvalitu označkování. Vzniká především tam, kde je pečující zahlcen negativním afektem dítěte a je neschopen ho zpracovat, zpravidla v důsledku vlastních psychických problémů. Například vztek dítě vyvolá vztek v rodiči a jeho projev není zrcadlení afektu, ale jeho prožívanou reakcí. Tímto způsobem reagují rodiče s hraničními rysy a se zaujatým stavem mysli. Taková reakce znemožňuje utvoření sekundární reprezentace afektu. Neoznačované zrcadlení nereguluje prožitkový stav dítěte, ale naopak vede k zintenzivnění negativního prožitku. Primární reprezentace příslušného stavu neaktivuje sekundární reprezentaci, která by jedinci umožnila porozumět prožitku a použít psychickou strukturu regulující daný afekt založenou na nesčetných zkušenostech s afekt – regulujícím druhým.

V druhém případě může dojít k tzv. nepřiléhavému zrcadlení. Projev rodiče nepostrádá kvalitu označkování, ale je založen na chybné identifikaci prožitkového stavu dítěte. Rodič tak zrcadlí jiný afektivní stav, než jaký prožívá dítě. Tato chyba vede u dítěte k chybnému způsobu identifikace prožitkových stavů. Jedinec má za to, že prožívá něco jiného, než ve skutečnosti prožívá. Sebepojetí založené na defektních reprezentacích prožitkových stavů je poznamenáno absencí spojení mezi projevy a skutečnými prožitky, což ústí do pocitů vnitřní

prázdnoty. Emoční prožitky jsou prožívány jako bezvýznamné. To, co jedinec identifikuje jako své prožitky, nevyvolá patřičnou odezvu v organismu.

5. Neurobiologické aspekty vztahové vazby

Autoři R. Hrubý et al. (2011), popisují, jak proces utváření vztahové vazby formuje individuální vývoj každého člověka. V průběhu individuální zkušenosti ve vztahové vazbě, především mezi matkou a dítětem v kritickém období raného dětství, dochází k závažným neuronovým regulacím, které mají vliv na další rozvoj osobnosti a na psychické a somatické zdraví člověka. Proces utváření vztahové vazby je na psychoneurofyziologické úrovni spojen s utvářením tzv. vnitřních pracovních modelů. Ty si můžeme představit jako systém paměťových stop ukotvených v souřadnicích kognitivně – afektivní sítě. To znamená, že odráží komplexní emoční zkušenost ve vztazích s blízkými osobami, která podléhá vyššímu kognitivnímu zpracování a ukládá se především do systému implicitní paměti (Shaver, Mikulincer, 2009).

Klinická praxe i vědecké poznatky prokazují, že bezpečná vztahová vazba je protektivním faktorem, který je spojován s kvalitními adaptačními strategiemi a přiměřenou emoční regulací a tedy i psychickým zdravím. Nejistá vztahová vazba disponuje jedince k maladaptivním adaptačním strategiím a je spojována s vysokým výskytem depresivních a úzkostných poruch, poruch příjmu potravy, zneužíváním psychoaktivních látek, poruch osobnosti a dalších psychických poruch (Hrubý et al., 2011).

Neurobiologická východiska vztahové vazby jsou velmi komplexní. Zahrnují poznatky psychoanalýzy, evoluční biologie, kognitivně – vývojové psychologie, etologie, neurofyziologie aj. Jedním z ústředních pojmů teorie vztahové vazby je termín připoutávající chování, tedy tendence vyhledávat blízkost matky, o které jsme psali v předchozích kapitolách. Předpokládá se, že tato schopnost je podmíněna vrozenými neuronovými regulacemi, které jsou aktivní od raného dětství a mohou se v různé míře aktivizovat v průběhu celého života (Shaver, Mikulincer, 2009; Hašto 2006). Interakce vztahové vazby, především v období raného dětství, jsou zabezpečené komplexními multiúrovňovými neuronálními procesy a představují kritické období života, ve kterém dochází k ovlivňování základních neurovývojových procesů a behaviorálních strategií.

Z hlediska interdisciplinárního výzkumu je zřejmé, že v dětství a v nejranějších stádiích života jsou to emoční a afektivní regulace, které se stávají ústředním organizačním principem, od kterého se odvíjí formování motivačních systémů a individuálních

behaviorálních charakteristik každého jedince (Schoore, 2001). J. Hašto (2013) popisuje, že období rané vztahové vazby, především první rok a půl života až tři roky, se vyznačuje masivní produkcí nukleových kyselin. Tento fakt se vykládá tak, že tato produkce je indukována afektivními a sociálními stimuly, které se v tomto životním období vyskytují. V tomto období je velmi důležitý způsob mateřské péče, který může představovat důležitý epigenetický činitel. Způsob, jakým se matka stará o dítě neovlivňuje přímo genetický zápis, ale může vést v oblasti regulačních úseků DNA ke změnám aktivity v přepisu genetické informace a tím sekundárně ovlivňovat aktivitu efektorových bílkovin, například enzymů důležitých v patogenezi závažných neuropsychiatrických poruch (Zhang et al., 2010).

5.1. Neuroendokrinologické aspekty vztahové vazby a systém mozkové odměny

Jedním z nejdůležitějších přístupů k výzkumu vztahové vazby je v současné době výzkum neuroendokrinologických aspektů. V této oblasti dominuje výzkum oxytocinu a jeho unikátních účinků v regulaci emocí, známé jsou také jeho prosociální, proempatické a anxiolytické účinky (Hulermann et al., 2010; Neumann, 2008; Norman et al., 2012). Pro hormon oxytocin se ustálilo označení hormon vztahové vazby. Účinky oxytocinu přispívají k příznivému emočnímu nastavení mezi matkou a dítětem v kritickém období vytváření vztahové vazby (Feldman et al. 2007).

Je známo, že oxytocinové receptory jsou přítomny v mozkové struktuře, která je považována za součást systému mozkové odměny (reward system). Předpokládá se, že působením oxytocinu právě v této oblasti by mohlo docházet k pozitivní zpětné vazbě a posilování s pozitivním upevňováním vztahové vazby mezi matkou a dítětem. To v podstatě znamená, že matka a dítě vnímají vzájemný kontakt jako odměnu.

Systém mozkové odměny můžeme sledovat díky moderním zobrazovacím metodám mozku. Díky nim můžeme sledovat aktivaci a deaktivaci mozkových struktur v různých situacích bez invazivních zásahů. Když se například člověk, podívá na portrét sympatické osoby, aktivuje se odměňovací systém v mozku, tedy střední mozek, kde jsou dopaminové neurony dále odpovědné za vylučování endorfinů. Některé dráhy jdou přímo do prefrontální

kůry kde dochází k vyloučení dopaminu. Tento systém se označuje jako mezolitický a mezokortikální systém. Výsledkem je, že jedinec pocítuje slast, uspokojení a odměnu (Spitzer, 2003). Tento odměňovací systém se také aktivuje při požití kokainu u závislých a hraje důležitou roli také u jiných závislostí (Spitzer, 2004). Dalšími hormony, které se podílejí na vztahové vazbě, tedy na rozvoji mateřského či rodičovského chování jsou antidiuretický hormon a prolaktin (Hrubý et al., 2011).

5.2. Syndrom nedostatečné odměny

Výzkum zabývající se možným vztahem mezi závislostí a genetickými anomáliemi vedl k objevu genetické obměny, která je spojovaná s větším počtem psychických poruch. Patří mezi ně: závislosti, kouření, kompulsivní přejídání, obezita, poruchy pozornosti, gambling a Tourettův syndrom. Tyto poruchy jsou zapříčiněny působením enzymů, které vedou k vrozené či získané nerovnováze v mozkových centrech odměny. Důsledkem jsou deficity prožívané v oblasti bezpečí, přijetí a pocitu spokojenosti. V takovém případě signalizuje limbický systém signály ohrožení, úzkosti a nespokojenosti a u jedince aktivuje snahu tyto nepříjemné pocity eliminovat.

Syndrom nedostatečné odměny (Blum et al., 1996) je způsoben poškozením v systému center mozkové odměny. Je považován za důsledek individuální biochemické či neurologické neschopnosti mít potěšení z běžných denních aktivit. K tomuto stavu pravděpodobně vede vyčerpání hladin dopaminu a serotoninu. Narušení biochemické rovnováhy může být způsobeno: dlouhodobým stresem; genetickými odchylkami; dlouhodobým užíváním alkoholu a návykových látek; gamblingem.

Dlouhodobé užívání návykových látek vede ke změně na synaptických spojeních a mění produkci určitých neurotransmiterů. Mozek závislého člověka se tak v určitém ohledu liší od mozku člověka, který není závislý na návykových látkách. A. Leshner (1996) popisuje, že dlouhodobé užívání návykových látek způsobuje neurofyzilogické změny mozku, které už nemohou být napraveny. Jakmile dojde k těmto změnám, stává se jedinec zneužívající návykové látky na těchto látkách závislý. S. Heyman (1996) dodává, že biochemické a fyziologické změny na mozkových drahách, způsobené závislostí, vedou k tomu, že chování závislých jedinců už nadále není pod jejich volní kontrolou, ale je podmíněno patologickou

adaptací systému center mozkové odměny. Touha po návykové látce a kompulzivní užívání je zapříčiněno nepříjemnými emočními stavy.

5.3. Emoční regulace, mentalizace a sociální mozek

Vývojová neurofyziologie přináší důležitá zjištění o neurofyziologických procesech, které se odehrávají především v raných obdobích tvorby vztahové vazby. Předpokládá se, že v tomto období dochází k zásadním neuronálním procesům, které mají rozhodující vliv na emoční regulaci, včasnou organizaci osobnosti a psychické zdraví dítěte. Hovoří se o dominantní funkci pravé mozkové hemisféry, v prvních třech letech života. U dospělých lidí je pravá mozková hemisféra dominantní z hlediska zpracování senzorických, emočních a sociálních informací a je propojená se systémem stresové reakce a zpracování stresových podnětů. V období raného dětství dochází k unikátní komunikaci mezi matkou a dítětem prostřednictvím pravých mozkových hemisfér. Matka v tomto období zpracovává především senzorické a emoční signály dítěte, které s ní interaguje dominantní pravou hemisférou. Pravá hemisféra je funkčně propojená s limbickým systémem a centrálními jádry nervového systému. Zde dochází k funkčnímu zpracování stresové odpovědi. Adekvátní vývoj pravé hemisféry se tak stává jedním z rozhodujících předpokladů optimálního vývoje člověka (Schore, 2000, 2001).

V oblasti teorie vztahové vazby a rozvoje sociálních a emočních dovedností má také rozvoj schopnosti mentalizace a funkce zrcadlových neuronů. Tyto neurony se aktivizují při sledování aktivity jiných lidí a též v případě, že tuto činnost vykonává sám pozorovatel. Zřejmě se tak podílí na schopnosti přiměřeně a automaticky chápat chování a emoční nastavení druhých lidí (Rizzolatti et al., 2009). Tyto funkce zrcadlových neuronů se zřejmě zásadně podílí na schopnosti mentalizace, která zahrnuje schopnost rozumět projevům, gestům a výrazům druhých lidí, odečítat jejich emoční a mentální stavy a předpokládat jejich myšlení a chování. Tato schopnost je jedním z významných činitelů v rozvoji vztahové vazby v rámci interakcí mezi matkou a dítětem.

V problematice teorie vztahové vazby má své místo také problematika tzv. sociálního mozku. Jde o označení neuronové sítě, které se připisuje schopnost zpracovávat sociální podněty a projevy. Rozvoj a zdokonalování schopnosti mentalizace v utváření vztahové vazby

je základním faktorem při rozvoji funkční kapacity sociálního mozku (Allen et al., 2008).
Jednou z typických schopností sociálního mozku je schopnost empatie.

6. Závislost jako důsledek vztahových poruch

Symptomatika vztahů závislých osob vyznívá ve shodě s teorií vztahové vazby (Bowlby, 1979a) a psychologií self (Kohut, 1978). V praxi je velmi neobvyklé, potkat závislého pacienta, který úspěšně naplňuje potřeby zdravých mezilidských vztahů. Blízké vztahy závislých pacientů bývají obvykle neuspokojivé a manipulativní. Oběma stranám přináší víc starostí než užitku. Provází je především nestabilita, žárlivost, nedůvěra, zklamání a mnoho dalších negativních charakteristik. Schopnost vytvářet nové vztahy, většinou překračuje kapacitu závislých osob. V mnoha případech je užívání návykových látek zpočátku provozováno jako kompenzace neschopnosti cítit se dobře v blízkých vztazích.

Odborníci, kteří pracují se závislými pacienty, ve většině případů preferují nutnost plné abstinence při léčbě závislosti (Miller, 1995). Je velmi těžké, pokud ne nemožné utvořit terapeutickou alianci se praktikujícím závislým. Před zahájením terapie, musí být závislý oddělen od látky, kterou zneužívá. To znamená, že ji v období probíhající terapie užívat nesmí. Silné emoční prožitky, které produkují alkohol a drogy, u těchto lidí naprosto přebíjí „jemné“ emoční prožitky běžného života. Zároveň slouží vztah závislých k návykovým látkám jako překážka i jako náhrada mezilidských vztahů.

Častým jevem u závislých osob bývá nahrazení jedné závislosti jinou závislostí. Například alkoholik přestane pít, ale začne zneužívat léky. Mnoho závislých zanechaných po léčbě bez dozoru přesměruje závislostní chování jinam. Především jde o poruchy příjmu potravy, gambling, sexuální závislost aj. Přerušení závislostního chování je provázeno obrovskou mírou úzkosti. Ačkoliv se někteří závislí zvládnou v průběhu terapie zbavit charakterových vad, které ničí jejich vztahy a změni svůj život, zůstává mnoho jiných, kteří toho nejsou schopni. Stále opakují destruktivní vzorce chování stejným způsobem. Trpí opakovanými relapsy, bulimií, nadváhou nebo anorexií. To je důsledkem nezvládnuté kompulze. Často se právě příjem potravy stává kompulzivní a nekontrolovaný stejně jako užívání návykových látek. Stávají se workoholiky, gamblery, konzumenty sexu. K boji proti samotě, úzkosti, nuditě a depresi, kterou jsou stále ohroženi, používají stejné strategie, jako když zneužívali návykové látky. Opakovaně selhávají v abstinenci a jsou neschopní si osvojit poctivé životní návyky. Právě tato skupina závislých trpí vážnými emočními a duševními poruchami (Flores, 2004).

Vážné emoční a duševní poruchy jsou ve své podstatě často provázeny kompulzivním chováním. Závislosti a jiné kompulsivní poruchy se často vyskytují spolu (Oxford, 1985). Mezi různými dysfunkčními a destruktivními typy chování existuje vysoká míra korelace. Patří mezi ně závislost na konzumování sexu, paraphilie, závislé vztahy, kleptomanie, kompulzivní utrácení, gambling a sebepoškozování. Studie prokázaly významnou souvislost mezi závislostí na nikotinu a alkoholu (Irons, Schneider, 1996); mezi konzumním sexem a zneužíváním kokainu (Washton, 1989) a mezi kompulzivním utrácením, poruchami příjmu potravy a gamblingem (Carnes, 1991). Pacienti závislí na návykových látkách tedy často trpí mnoha dalšími kompulsivními poruchami. Proto dochází k přecházení z jedné formy závislosti do druhé. Teorie vztahové vazby (Flores, 2001) a teorie regulace emocí (Khantzian, 2001) poskytují přesvědčivá teoretická vysvětlení faktu, že závislí pacienti často nahrazují jedno kompulzivní chování za druhé, než zvládnou napravit deficity ve struktuře osobnosti.

Závislost je možné považovat za důsledek vztahových poruch. Ačkoliv je biologicky nemožné regulovat emoce absolutně, mají lidé trpící problémy s ustavením emoční regulace ve vztazích větší problémy se zneužíváním návykových látek, protože trpí nedostatkem intimity a emoční blízkosti. Vztahovou blízkost tyto lidé často nahrazují obsedantně-kompulsivními poruchami chování (konzumace sexu, jídla, drog, alkoholu, práce, gambling, počítačové hry aj.), které slouží jako rozptýlení od pocitů prázdnoty a vnitřního pocitu nepohody. Proto je často jeden typ kompulzivního chování nahrazen jiným, dokud nedojde k vyřešení deficitu v psychické struktuře.

Podle současných výzkumů v oblasti vztahové vazby a self psychologie se ukazuje, že dysfunkční vztahové vzorce ohrožují schopnost cítit se dobře v mezilidských vztazích a přispívají k tvorbě vnitřních pracovních modelů, které tyto těžkosti posilují (Flores, 2004). Zkušenosti, které vedou k selhání v raném psychickém vývoji, zanechávají jedince v ohrožení závislých způsobů chování. Nedostatek naplnění vývojových potřeb vede závislé osoby k neustálému hledání „něčeho venku“ co by nahradilo deficity, které cítí uvnitř sebe.

Teorie vztahové vazby potvrdila význam vztahu mezi dětmi a rodiči. Zároveň pomáhá vysvětlit výzkumy na poli sledujícím vztah mezi závislostí a poruchou těchto primárních vztahů. Klasické teorie vývoje osobnosti vždy popisovaly význam raných negativních vztahových zkušeností pro rozvoj psychopatologie v dospělosti. Teorie vztahové vazby zaujímá vlastní perspektivu pohledu. Vřelé, blízké a dlouhotrvající vztahy jsou integrální částí lidské podstaty a neschopnost takové vztahy tvořit, vypovídá o problematice kvalitě raných

vztahových zkušeností. Problémové způsoby vztahování (Ainsworth, 1989) ohrožují psychické zdraví jedince a mohou vést k závislým a kompulzivním způsobům chování, které mají kompenzovat deficity ve vnitřní psychické struktuře.

Dříve či později, překročí ve zneužívání návykových látek závislý pacient nedefinovatelnou hranici, ze které už není návratu. Funkce mozku jsou navždy pozměněny. Návyková látka a způsoby jejího užívání obsadí motivační centra mozku. Závislý už nemá nadále užívání látek pod kontrolou. Od této chvíle je řízen externími podněty a interpsychickými emočními stavy. Neurologický výzkum prokazuje, že po překročení, zatím nedefinovatelné hranice, dochází ke změně neurofyzilogického fungování, které už nemůže být uvedeno do původního stavu. Užívání návykových látek vede ke změnám neuronových synapsí a k produkci určitých neurotransmiterů, které způsobují stálé změny mozkových funkcí. Tyto změny postihují mozková centra odměny, způsobují různá onemocnění (např. syndrom nedostatečné odměny) a celkově dělají ze závislosti onemocnění mozku.

6.1. Psychoanalytické teorie a problematika závislosti

6.1.1. Empatie

Podle teorie psychologie self, potřebuje dítě k vytvoření pevné osobnostní struktury empatické přijetí od pečujících osob (Stone, 1992). Pevná osobnostní struktura je vývojovým bodem, který nastane po transformaci archaického grandiózního sebepojetí ve zdravě hodnotící a zdravě nárokové sebepojetí a z idealizovaného sebepojetí v realitě odpovídajícímu přehodnocení ideálu. Drobná empatická selhání nejsou škodlivá, ale opakovaná pochybení v empatickém přijetí dítěte se promítnou do způsobu, kterým bude později rozumět sobě samému a přes který bude vnímat reakce okolního světa. Optimální míra frustrace rámovaná podporujícím prostředím a přijímající péčí vede k internalizaci zdravých psychických struktur.

6.1.2. Narcismus

H. Kohut (1972) přispěl na pole psychoanalytických teorií významným poznatkem, který změnil pojetí narcismu v jeho původním významu. Legitimizoval narcismus jako normální vývojový proces, který odpovídá zdravé, věku odpovídající vývojové potřebě. Klasické pojetí vnímá narcismus jako sobecké zaměření na sebe sama, odrážející neochotu odložit vlastní uspokojení a potřebu mít vše podle sebe. Kohut nepovažuje narcistické potřeby za projevy sebestřednosti, ale za projevy poruchy vztahu mezi sebou samým a významnými osobami okolo ně. Narcistické chování můžeme chápat jako nepřímou cestu, kdy si jedinec chce poskytnout to, co mu neposkytli druzí.

6.1.3. Selfobjekt

Druhý člověk se stává selfobjektem, pokud je zažíván intrapsychicky jako někdo, kdo ovlivňuje mé pocity (Wolf, 1985). Selfobjekt nejsem ani já ani objekt. Jde spíš o subjektivní aspekt, který probíhá ve vztahu. Selfobjektové přenosy, jako například užívání návykových látek, jsou pokusy o nápravu sebe sama. Zraněný jedinec se snaží dokončit proces, který byl započatý v dětství. Kohut věří, že naděje a touha jedince po dokončení tohoto procesu nikdy nekončí.

Jak již bylo zmíněno, Kohut rozlišuje dva typy narcismu, narcismus zdravý a narcismus patologický. Pokud rodiče adekvátně reagují na dětské potřeby a své děti přijímají, dochází u dětí k vývoji pevné osobnostní struktury a zdravému sebepojetí. Pokud tomu tak není, dítě je ohroženo narcistickým zraněním, které vede k poruchám v pojetí sebe sama, k obtížné emoční regulaci a k ohrožení závislostními způsoby chování. Zraněný jedinec je ponechán bez vnitřní struktury, která je nutná k zvládnutí běžných emočních zranění a zklamání. Je tedy ponechán s oslabenou schopností emoční regulace. Takto postižený jedinec, hledá v životě další a další selfobjekty, které naplní jeho dosud nenaplněné potřeby a poskytnou mu nápravu vlastního sebepojetí (Bacal, 1985). V takovém pojetí jsou přenosové vztahy v podstatě pokusy o nápravu sebepojetí. Bacalovo stanovisko je podobné Khantzianovo hypotéze o sebemedikaci (Khantzian, 1982). Autoři Khantzian i Kohut

předpokládají, že užívání návykových látek i primární seflobjektové vztahy (pokud takto fungují v dospělosti) mají stejnou funkci: v podstatě jde o zoufalou snahu kompenzovat poškozené sebepojetí.

6.2. Nový pohled na podstatu závislosti

Léčba narcistických zranění i léčba závislosti mají mnoho společného. Především pokud závislost chápeme jako narcistickou obranu (tj. obranu ega) proti studu, strachu a jiných zraňujících pocitů. Narcismus, stejně jako závislost vedou ke grandióznímu obepjetí (grandióznímu Self) nebo falešnému sebepojetí (falešnému Self), v marné snaze vyhnout se přirozené potřebě vztahového fungování. V tomto pojetí je závislost důsledkem nenaplněných vývojových potřeb, které nechávají jedince se zraněným, slabým a roztržtým sebepojetím (Self).

Takto zranění jedinci jsou neschopni přiměřeně regulovat emoce a v mnoha případech nejsou vůbec schopni své emoce rozpoznat a pojmenovat. Protože nejsou schopni vycházet z vlastních vnitřních zdrojů, které chybí, stále hledají sebe-regulační zdroje mimo sebe. Zraňující, odmítavé a zahanbující vztahy, které je provází, způsobují deficit v jejich sebepojetí, a proto se nemohou z důvodu obav z dalšího zranění obrátit na druhé osoby, aby získali to, co nikdy nedostali. Porozumění, útěchu a přijetí. Tyto zážitky je vedou k nepřiměřeným emočním stavům, které jsou neakceptovatelné pro jejich okolí, ale také pro ně samotné. Většinou se pak obrací k externím zdrojům emoční regulace, alkoholu, drogám, gamblingu, workholismu aj. (Flores, 2004).

Z tohoto důvodu jsou závislí pacienti stále ohroženi různými formami kompulzivního, obsedantního a závislého chování a velmi často nahrazují jednu závislost druhou, dokud není jejich poraněné sebepojetí uzdraveno. Náprava sebepojetí může být dosažena jen skrze zdravý mezilidský vztah. Závislý pacient potřebuje stálé, pečující a podporující prostředí, které unese a zvládne zpracovat jeho negativní a destruktivní impulsy během léčby, které musí rozpoznat a přijmout. Zároveň musí internalizovat nové a zdravé objektové reprezentace (přesvědčení o druhých lidech i o sobě a významech jejich chování).

Jakmile je psychická struktura jednou uzdravena, je potřeba ji udržovat ve zdravém prostředí, což znamená, že závislý pacient musí umět vytvořit zdravé vztahy, ve kterých se mu bude dobře žít. Protože i vztahy se mohou stát kompulzivní a závislé, musí závislí pacienti rozpoznat, jak se na tvorbě takových vztahů sami podílejí. Dokud k tomu nedojde, vede absence uspokojivých vztahů závislé pacienty znovu do pocitů samoty, prázdnoty a k nezdravým způsobům externí regulace těchto pocitů.

Ačkoliv existuje mnoho různých závislostí, všechny pramení z jednoho společného základu. Teorie vztahové vazby a psychologie Self propojují teoretické poznatky tak, že podávají srozumitelné vysvětlení závislosti, i přes nepřeborné množství situačních a individuálních charakteristik závislých pacientů. H. Kohut (1977) shrnuje, že všechny závislosti sdílí následující charakteristiky: všechny jsou nepovedenými pokusy o regulaci emocí a o nápravu vlastního sebepojetí, které jsou řízené poškozenými či nezralými psychickými strukturami. Dokud nedojde k úzdavě na úrovni psychických struktur, budou mít závislí pacienti problém v navazování blízkých vztahů, které se budou snažit nahradit obsedantně kompulzivními typy chování, jejichž cílem je odvedení pozornosti od pocitů samoty, které jsou tak velké, že jsou těžko únosné a psychicky těžko zpracovatelné. Různé typy obsedantně kompulzivních typů chování mají tendenci být nahrazovány dalšími, dokud nedojde k úzdavě pacienta.

Poškozené sebepojetí je důsledkem vývojových selhání a deprivací v raném vývoji dítěte. Nepřítomnost jisté vazby k primárním pečujícím osobám vede k nezdravým vztahovým strategiím a psychickým deficitům, které jsou udržovány až do dospělosti. Užívání návykových látek, jako pokus o nápravu nepříjemných a nezvladatelných emocí, ještě zhoršuje dysfunkční vztahové vzorce spolu s fyzickým a psychickým zdravím jedince.

6. 3. Sebemedikace jako pokus o regulaci emocí

Na základě sledování a závěrů, provedených H. Kohutem (1977), doplnil Khantzian (2001) koncept závislosti výzkumem sebemedikace, jako pokusu o regulaci nezvladatelných emocí.

V prvních výzkumech závislosti E. J. Khantzian (1982) pozoroval, že zneužívání opiátů bylo určitými jedinci prováděno záměrným výběrem, kvůli jejich specifickým farmakologickým účinkům. Dál zjistil, že pacienti zneužívající heroin jej oceňují především pro jeho zklidňující efekt, což jim pomáhá zklidnit intenzivní pocity rozčilení. Podobný účinek mají také jiné drogy a léky, které zmírňují úzkost, depresi a další nepříjemné emoční stavy. Pacienti zneužívající tyto návykové látky se jimi v podstatě neodborně a škodlivě snaží vyléčit vlastní psychická zranění. Na základě těchto sledování Khantzian předpokládá, že to není touha po potěšení, která vede závislé k užívání návykových látek, ale snaha o regulaci emocí a snaha po úniku před pocity vlastní nedostatečnosti, studu, samoty a nenaplněnosti, které v životě závislých převažují.

V pozdějších výzkumech Khantzian objevil, že všichni závislí pacienti byli predisponováni ke zneužívání určité drogy, protože trpěli určitým specifickým nedostatkem v oblasti emoční regulace. Předpokládal, že závislí pacienti zneužívali určitou drogu, protože jim pomáhala zpracovávat právě určité pocity, které nezvládli sami regulovat. Ačkoliv závislí zneužívají různé drogy, většinou mají preferenci k jedné látce, podle toho, jaké pocity je nejvíce trápí. Například ti, kteří zneužívají opiáty, regulují stavy dysfórie spojené s agresí, strachem a rozčilením. Lidé trpící chronickou depresí, bipolární poruchou a syndromem hyperaktivity preferují kokain. Závislí, kteří se cítí znudění, prázdní a nevidí smysl života, často užívají stimulanty. Plaší a zakřiknutí často zneužívají alkohol a sedativa a silně úzkostní a bojácní závislí, kteří trpí chronickou úzkostí, užívají především benzodiazepiny, často Valium a Xanax. Závislí se schizoidními rysy užívají marihuanu a halucinogeny.

Teorie sebemedikace přinesla důležité poznatky pro porozumění a léčbu závislosti, ačkoliv její závěry zatím nebyly ověřeny soustavným výzkumem. Hlavním posunem v této oblasti je poznání že funkcí sebemedikace není touha po potěšení, ale snaha regulovat psychické utrpení závislých pacientů.

Závislost tedy můžeme chápat jako neúspěšný pokus o regulaci emocí a nápravu deficitů v psychické struktuře. Vývojová selhání způsobují nedostatečnou schopnost k tvorbě blízkých vztahů a vedou závislé k nahrazení vztahů s lidmi zneužíváním návykových látek.

Teorie vztahové vazby však poukazuje na fakt, že bez ohledu na naši schopnost regulovat vlastní emoce, budeme vždy z určité části přirozeně potřebovat druhé lidi k regulaci vlastních pocitů. Snaha popřít potřebu blízkého vztahu k druhým lidem, je tím, co vede jedince k hledání uspokojení mimo sféru mezilidských vztahů.

6.4. Reakce na ztrátu

J. Bowlby (1990) se dostal k výzkumu vztahové vazby od původních sledování rané separace a ztráty na vývoj malých dětí. Zjistil, že lidé sdílejí podobné reakce na separaci a ztrátu, napříč různými kulturami a jsou velmi podobné reakcím u savců. Lewis et al. (2000) popisuje reakce na odloučení od vztahové osoby takto: krátká separace vzbudí v jedinci protest; pokud separace pokračuje dlouhou dobu, podlehnou ohrožený jedinec zoufalství a depresi, kterou lze pozorovat jak v na psychické, tak na fyzické úrovni.

Důsledky odloučení od vztahových osob mohou mít v případě malých dětí mnohem větší dopady. Pokud je velmi malé dítě ponecháno dlouho samo, je ohroženo na životě. Pokud dítěti není poskytnuta náhradní vztahová osoba, zůstává opuštěné bez blízkého vztahu a dochází k tvorbě reaktivní vztahové poruchy. Takový stav, společně se zážitkem traumatu nebo zanedbání zanechá hluboké následky v lidské paměti a v psychobiologickém fungování organismu. Je známo, že pokud rodiče selhávají v péči o své děti, následkem jsou mimo jiné negativní dopady na fyziologický vývoj mozku.

Psychologie a psychopatologie emocí je z velké části psychologií a psychopatologií raných vztahových vazeb (Bowlby, 1979). Teorie vztahové vazby popisuje, jak mohou být téměř všechny negativní pocity jako strach, vztek, smutek i nenávist, reakcí na odloučení a ztrátu vztahové osoby. Je důležité zmínit, že kontinuální nepřerušovaná mateřská péče během prvních let života není sama o sobě zárukou plného psychického zdraví. Krátkodobá odloučení, zklamání a pochybení jsou přirozená a pro psychický vývoj dětí je velmi důležité, jak se s nimi následně v rodině nakládá. Kapacita pečující osoby poznat a přijmout protest dítěte, je stejně důležitá, jako absence zásadních dlouhodobých odloučení od vztahových osob. Popírání traumatu a potlačování protestu dítěte je hlavním aspektem vývoje psychopatologie.

Absence vztahové vazby, není ve svém důsledku omezena jen na fyziologické narušení mozkových funkcí. Například opuštění jedinci zažívají mnohonásobné narušení celkové homeostázy organismu (Lewis et al., 2000). Dlouhé odloučení způsobuje malým dětem víc než jen nepříjemné pocity. Například dlouhodobá hospitalizace v nemocnici způsobuje úbytek váhy, snížení imunity a ohrožení kardiovaskulárních funkcí. Studie o

dopadech ztráty blízkých osob a následné samoty dokládají, jak moc jsou vztahové osoby důležité pro fyzické i psychické zdraví. Jakým způsobem se opuštěný jedinec vyrovná s odloučením nebo ztrátou, závisí do velké míry na tom, jak kvalitní byly vztahy k primárním pečujícím osobám. Ty jsou zakódovány v paměti a limbickém systému. Celkově lze shrnout:

1. Jistá vztahová vazba podporuje celkovou neurofyzilogickou homeostázu.
2. Zkušenost jisté vztahové vazby z dětství přispívá k lepší schopnosti regulace vlastních emocí.
3. Absence jisté vztahové zkušenosti činí jedince zranitelnějším vůči situacím ztráty, a odloučení.

7. Neurobiologie závislosti

Neurobiologický model závislosti vznikl v souvislosti s razantním rozvojem neurovědy, umožněným zejména rozvojem zobrazovacích metod mozku. Tento model vychází z dopaminové hypotézy, podle které je odměňující efekt drog závislý na činnosti mezolimbického dopaminergního systému, tedy na neuronálních sítích, v češtině nazývaných jako systém odměny (Hyman, 2005; Kalivas, Volkow, 2005; Esch, Stefano, 2004; Koob, 2000). V současnosti se pozornost zaměřuje na více funkčních a anatomických struktur než pouze na oblast systému odměny. Roste význam mnoha dalších neurochemických systémů než jen dopaminu a dochází k hledání dlouhodobých adaptací a jejich nitrobuněčných mechanismů.

Předmětem zájmu neurobiologického modelu závislosti je, jak působením drogy na mozek dochází k behaviorálním změnám v podobě závislostního chování. Tento model nahlíží závislost jako chronické recidivující onemocnění mozku (resp. systému odměny) s některými klíčovými behaviorálními projevy.

1. Užívání návykové látky získává kompulsivní charakter.
2. Závislý uživatel jednoznačně a silně preferuje užívání návykových látek před přirozenými zdroji odměny.
3. Podněty spojené s užitím návykové látky silně kontrolují chování.
4. Existuje vysoká tendence k relapsu a toto riziko trvá i po letech abstinence.

7.1. Systém odměny

Systém odměny disponuje určitou skupinou mozkových sítí. Je evolučně relativně starý a vývojově stabilní. Je jedním z vnitřních autoregulačních mechanismů pro zajištění potřeb nutných k přežití, reprodukci a pocitu tělesné pohody. Situace a podněty z prostředí,

kteřé jsou potřebné k přežití, jsou spojovány s libým pocitem (odměnou), aby byla zvýšena pravděpodobnost, že dojde k jejich zopakování a zvýšila se tak pravděpodobnost přežití organismu (Schutz, 1998; Weiss, Porrino, 2002; DiChiara, 1999). Tyto situace a podněty z prostředí jsou přirozenými zdroji odměny. Jde zejména o potravu, sex a o komplikovanější zdroje odměny, jako jsou u člověka fúzní formy a úrovně sociálních vztahů.

Za klíčovou funkční a anatomickou strukturu systému odměny je (i přes podíl dalších mozkových struktur na její funkci) považována dobře definovatelná oblast – nucleus accumbens, kde přirozený zdroj odměny zvyšuje výdej dopaminu. Základní anatomickou osu systému odměny tvoří propojení ventrální tegmentální oblasti s nucleus accumbens a propojení nucleus accumbens s prefrontálním kortexem (přední část kůry čelního laloku).

Zjednodušeně lze říci, že výdej dopaminu z ventrální tegmentální oblasti do nucleus accumbens nastává jako odpověď na libé situace, tedy na situace s potenciálem vzniku odměny (libosti) a že signalizuje okruhům v systému odměny zahájení adaptací na tyto situace. Na všech úrovních mozkové funkce jsou zahájeny procesy vedoucí k asociování těchto situací s odměnou (libostí) (Nicola, Surmier, Malenka, 2000; Charney, Nestler, Bunney, 1999; Schutz, 1998). Významným poznatkem je fakt, že výdej dopaminu se uplatňuje v úvodních stádiích tohoto asociování, při opakovaných expozicích už k většímu výdeji dopaminu nedochází (Kalivas, Volkow, 2005). Výdej dopaminu tak pravděpodobně funguje jako značka pro učení se spojení určitého podnětu s libostí. Po vzniku tohoto spojení pravděpodobně role dopaminu klesá a důležitější začínají být jiné neuromediátorové systémy.

Systém odměny není izolovaná mozková oblast, ale je součástí mozkových sítí, které jsou vnitřně navzájem propojeny a zároveň jsou propojeny s dalšími funkčně blízkými systémy, zejména stresovými systémy, systémy prefrontálního kortexu, dalšími limbickými systémy a pamětí. Spojení systému odměny s pamětí má velký biologický význam. Bez zapamatování si zisku odměny a bez zapamatování si kontextu v jakém k zisku odměny došlo, by systém mozku nefungoval jako mechanismus regulující a hierarchizující chování. Aby pravděpodobnost zopakování biologicky významného chování byla vysoká, je výhodnější, když si organismus konkrétní dosaženou libost pamatuje. Jde také o zapamatování si kontextu situace a zapamatování strategie vlastního chování, kterou organismus libosti dosáhl. Stresové systémy, jejichž funkcí je přispívat k vyšší pravděpodobnosti přežití organismu vyhýbáním se situacím s negativním biologickým významem, resp. rychlou reakcí na tyto situace (útok, útěk), jsou velmi úzce propojeny s činností systému odměny. Funkcí systému odměny a

zmíněných blízkých systémů není jen dosáhnout situace s potenciálním ziskem libosti, ale i vyhnout se situacím s potenciální nelibostí nebo přímo s pocitem ohrožení.

7.2. Vznik závislosti a návyková látka jako umělý zdroj odměny

Ačkoliv představují návykové látky chemicky velmi pestrá skupina látek, s mnoha odlišnými účinky na lidský organismus, mají všechny jednu společnou vlastnost – jejich užití zvyšuje výdej dopaminu v oblastech, které jsou původně rezervovány pro spojování libosti s biologicky významnými podněty potřebnými pro přežití jedince i druhu. Cokoli, co zvyšuje hladinu dopaminu v systému odměny, může být předmětem závislosti. Oproti přirozeným zdrojům odměny, mají umělé zdroje odměny několik odlišností:

1. Dosažení odměny je rychlejší a jednodušší.
2. Odměna po užití návykové látky je nepřiměřeně silná a z hlediska výdeje dopaminu účinnější.
3. Organismus nemá vytvořeny dostatečné zpětnovazebné mechanismy k zastavení přijímání umělé odměny.

Zvýšený výdej dopaminu po užití návykové látky je prvním krokem k vytvoření závislosti. Opakovaná expozice návykovým látkám a zvýšený výdej dopaminu v nucleus accumbens vyvolá sérii komplikovaných adaptací, na jejichž konci jsou změněné vlastnosti i funkce systému odměny s behaviorálními projevy známými jako závislost (Le Moal, Koob, 2007; Charney, Nestler, Bunney, 1999; Esch, Stefano, 2004).

Při pokračujícím užívání a na udržování návykového chování se pravděpodobně podílí dopaminový systém jen málo, anebo vůbec. Během dlouhodobého užívání návykových látek lze vysledovat vícero změn jednotlivých neurochemických systémů (Kalivas, Volkow, 2005). Na základě těchto změn lze rozdělit závislost do několika stádií:

1. Akutní drogový efekt

Základním mechanismem je výše popsáný výdej dopaminu v nucleus accumbens. Tento signál spouští v mozku pocit libosti.

2. Přejít z rekreačního užívání návykových látek do vzorců užívání charakteristických pro závislost

Tato změna je výsledkem adaptací specifických neuronů v systému odměny na opakovanou expozici návykovým látkám a odehrává se pravděpodobně na všech úrovních mozkové funkce – na úrovni exprese genů, komplexnější intracelulární změny transdukčních cest, synaptických a receptorových změn, propojení neuronů i na úrovni přestavby neuronových sítí. K neuroadaptivním změnám na všech těchto úrovních dochází v oblastech, které zprostředkují akutní odměňující efekt drog v systému odměny a ve funkčně blízkých systémech (Koob, Le Moal, 2001).

3. Vytvořená závislost

K základním znakům závislosti patří vysoká touha užít drogu, snížená kontrola nad touto touhou a nad užíváním drog a snížená odměňující hodnota biologicky přirozených zdrojů odměny. Zatímco dopamin je klíčovým mediátorem pro akutní odměnu a vznik závislosti, pro konečná stadia závislosti jsou pravděpodobně podstatné celulární změny glutamatergních projekcí z prefrontálního kortexu do nucleus accumbens. Tyto buněčné změny souvisí s kompulsivním charakterem užívání drog a se snižováním hodnoty přirozené odměny. V této souvislosti je zajímavý poznatek, že k hyperaktivitě těchto oblastí prefrontálního kortexu dochází u pacientů s obsedantně kompulsivní poruchou (Kalivas, Volkow, 2005).

Autoři G. F. Koob a M. LeMoal (2001) shrnují, že závislost je komplexní víceúrovňovou dysregulací systému odměny, který popisují v koncepci alostázy. Alostáza je definována jako udržování stability za hranicemi běžné homeostázy, kde organismus již musí měnit téměř všechny fyziologické parametry v důsledku nepřiměřených dlouhodobých požadavků. V našem případě jde proces udržování stability libostních funkcí změnami v mozkovém

systému odměny. S rostoucími nároky se schopnost udržet stabilitu snižuje a vede ke zhroucení či poruše. Efekty návykových látek nejprve kapacitu mediátorových systémů v systému odměny zvyšují, ale postupně dochází k rozvoji opačně působících adaptačních mechanismů, jako jsou neuroadaptace dopaminového a opioidního systému. Závislost tak představuje patologické využití neurálních mechanismů učení a paměti, které za normálních okolností umožňují spojovat biologicky nezbytné podněty s odměnou a predikovat ji.

7.3. Funkční změna systému odměny, craving, odvykací stav

Pro pochopení stavu závislého pacienta je důležité vědět, jak se výše popsané změny projevují na klinické úrovni. Po zkušenosti s drogou dochází k dlouhodobým změnám ve výše popsaných systémech v důsledku dlouhodobého preferování jednoduché a efektivní strategie (libost dosažená drogou, resp. po nějakém čase již jen vyhnutí se nelibosti v nepřítomnosti drogy). Paměť je zaplněna informacemi o kontextu získávání drogové odměny a užíváním jednoduché a monotónní strategie získá rysy podobné nutkavým poruchám. Přirozené zdroje odměny (vztahy, potrava, sex) jsou znevýhodněny ve srovnání s jednoduchými a rychlými strategiemi drogové odměny. Stresové systémy mají jako ústřední motivaci řešit nelibost. Mozek se stává rozmazleným a chce jen rychlé odměny, nutkavý model užít drogu hned a rychle je dominujícím vzorem pro všechno další chování.

Dalším z významných projevů závislosti je craving – nutková touha užít drogu spojená s kompulsivním užíváním drog. Vyskytuje se při odnětí drogy nebo během abstinence při kontaktu s drogou či při setkání s kontextem a potenciálem užití drogy. Craving bývá považován za klíčový moment přesmyku užívání drogy do závislosti. Pod tímto pojmem se velmi pravděpodobně skrývá více různých stavů s odlišnou podstatou:

1. Touha po odměňujících účincích drogy.
2. Touha po úniku od nepříjemných psychických stavů.
3. Stav s dominujícím obsesivním charakterem.

Závislost je také provázena odvykacím stavem. Na udržování užívání drogy u závislého se nepodílí jen libostní složka efektu drogy, ale posléze i negativní posilování, zejména snaha vyhnout se abstinenci. Abstinenci symptomy jsou pro závislého natolik nepříjemné, že působí změnu důvodu vyhledání drogy. Droga již není vyhledána pro odměňující efekt, ale pro potlačení nepříjemných abstinenci stavů.

8. Syndrom závislosti, základní pojmy a psychopatologie závislosti

Základní terminologie rozlišuje úzus psychoaktivní látky (jednorázové či opakované užití, které nevede k signifikantnímu poškození uživatele), dále její škodlivé užívání (synonyma abúzus, užívání dysfunkční, rizikové, problémové, kde již dochází k tělesnému, psychickému nebo interpersonálnímu poškození jedince) a syndrom závislosti (blíže popsany v následující části textu).

Závislost je vyústěním abúzu, a to na základě pozitivní zpětné vazby spočívající v subjektivně ceněné změně prožívání po požití psychoaktivní látky. Závislý jedinec posléze zamění změnu prožívání reality za změnu reality samotné, čímž se celá záležitost fixuje. Dojde k izolaci od autentického prožívání k masivnímu posílení osobnostních obran. Patologický systém se dále petrifikuje v důsledku sekundární traumatizace závislého. Závislost postupně progreduje a chronifikuje, získává vlastní dynamismus a zákonitosti (Kudrle, 2003).

Diagnostická kritéria syndromu závislosti dle současné definice MKN – 10 zahrnují skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání látky či třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou (symptomem) syndromu závislosti je touha (často silná a přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Dalším ústředním příznakem závislosti je odvykací stav a zvýšená tolerance k látce.

Psychická závislost znamená syndromový komplex s jádrovým psychickým cravingem, k němuž se přiřazuje narušená kontrola užívání, zaujetí užíváním a jeho pokračování navzdory následkům (což jsou formálně poruchy motivačního a behaviorálního charakteru). Fyzická závislost se definuje růstem tolerance a průkazem odvykacího stavu, jehož součástí je i fyzický craving. Psychická a fyzická závislost se rozvíjí většinou simultánně, i když se jednotlivé látky navzájem liší kvantitativní mírou svého potenciálu k vyvolání obou závislostních složek.

Abstinence znamená upuštění od užívání návykové látky. Lapsus (laps, „úlet“) zde znamená prosté (izolované a příležitostné) užití psychoaktivní látky, které nevede k rozvoji

žádného symptomu. Pokud dojde během šesti měsíců k relapsu (návrat k užívání látky závažnější než lapsus, vedoucí k rozvoji nejméně jednoho a nejvýše dvou symptomů), jedná se o částečnou remisi. Recidiva znamená opětovnou diagnózu syndromu závislosti. Je pozoruhodné, že i opětovnému rozvoji syndromu závislosti (u dříve závislého) většinou postačuje týden trvající pravidelné užívání látky (Woody, Cacciola, 1994).

8. 1. Psychopatologie závislosti

Z obecného patogenetického hlediska vyvolává exogenní toxická látka u člověka různou míru a směsici specifických i nespecifických psychopatologických projevů, což K. Bonhoeffer (1912) vyjádřil termínem akutní exogenní reakce. Někteří autoři zdůrazňují rovněž interaktivní genezi komplikací a též jejich transkulturně odlišnou interpretaci (Kudrle, 2003). Dle MKN-10 je komplikací látkové závislosti akutní intoxikace (k té může dojít i bez závislosti), odvykací stav různé intenzity (až kvalitativní porucha vědomí charakteru deliria), psychotická porucha, amnestický syndrom a reziduální stavy včetně psychotických reminiscencí. K diagnóze látkové komplikace musíme prokázat jasnou souvislost s užíváním látky.

8. 1. 2. Akutní intoxikace

Nekomplikovaná intoxikace psychoaktivní látkou má obraz typický pro jednotlivou látku či pro jejich společnou skupinu. Pro pochopení psychopatologie je nutno znát farmakologické účinky látky. Je možno počítat se všemi projevy známými z obecné psychopatologie, včetně poruch vnímání, myšlení, vědomí, syndromů akutních organických a somatogenních lézí. Kritériem pro nozografické zařazení je dynamické hledisko, zvláště ústup symptomů po zastavení přísunu látky.

8.1.3. Odvykací stav

Odvykací stav je jedním z definičních symptomů syndromu závislosti a ve svých klinicky signifikantních projevech bývá různě závažnou komplikací. Jeho obraz bývá typický pro danou látku či její skupinu. Příznaky se objevují po vysazení nebo podstatném snížení (dříve užívaných) vyšších dávek nebo i dlouhodobě podávaných dávek terapeutických. Manifestace odvykacího stavu závisí na řadě činitelů: 1. na druhu látky, jejím dávkování, poločas eliminace z organismu; 2. na charakteristikách abuzéra: věk, celkový zdravotní stav, tíže závislosti (Rickels et al., 1988). Patogeneze se vysvětluje především down- a up-regulací příslušných mediátorových receptorů a jejich dalších poslů v kaskádě odezvy na působení psychoaktivní látky. Těsné spojení s vegetativním nervovým systémem (sympatickým a parasympatickým) vede k jeho dysregulaci. Symptomatologie je pestrá, z hlediska vegetativní dysregulace je často opačná oproti intoxikačním obrazům (např. opioid heroin má odvykací stav mj. s obrazem břišních křečí, průjmů, rozšíření zornic, tachykardie, hypertenze; přičemž v intoxikaci bývá spazmolýza a zúžení zornic).

8.1.4. Psychotická porucha

V úvahu přicházejí syndromy dosahující psychotické hloubky: schizoformní, bludový, halucinatorní, polymorfní, depresivní, maniformní, smíšený. Důležité je zde hledisko dynamiky průběhu. Začátek psychotických příznaků se musí vyskytnout v průběhu užívání nebo do 2 týdnů po ukončení užívání látky. Psychotické příznaky musí trvat déle než 48 hodin a trvání poruchy nesmí být delší než 6 měsíců (při abstinenci).

8.1.5. Amnestický syndrom

Jde o syndrom, který se nejčastěji objevuje u chronických pijáků alkoholu (Hanzlíček, 1977). Současná diagnostická kritéria dle MKN-10: A. Zhoršení paměti se projevuje dvěma příznaky: (1) narušení krátkodobé paměti (zhoršená schopnost učit se novou látku) takového

stupně, že je na překážku dennímu životu, (2) snížená schopnost vybavit si minulé zážitky. Existuje objektivní důkaz předchozího abúzu psychoaktivních látek odpovědného za klinické projevy popsané v kritériu A (z anamnézy, ze somatického a neurologického vyšetření, laboratorních testů), nikoliv souvisejícího poškození nebo onemocnění mozku.

8.1.6. Reziduální stavy

Zahrnují heterogenní skupinu. Psychotické reminiscence (flashback) jsou spontánní návraty vizuálních prožitků mající charakter: halucinací, somatických příznaků, ztráty hranic vlastního jáství nebo intenzivních emocí, které se vyskytovaly v době užívání látky, zvláště halucinogenů (dle klinické zkušenosti též stimulancií). Reminiscence jsou epizodické, trvají krátce (vteřiny až hodiny) a mohou přesně napodobovat příznaky předchozích halucinatorních epizod. Dále se do této skupiny řadí porucha osobnosti nebo chování, reziduální porucha nálady, demence a jiné přetrvávající narušení kognitivních funkcí. Současné psychopatologické popisy reziduálních stavů jsou uvedeny v MKN-10 v oddílu F00-F09: „organické duševní poruchy“.

8.1.7. Psychotická porucha s pozdním začátkem

Psychotické projevy jsou stejné jako u výše uvedené psychotické poruchy, ale začínají se zpožděním 2 až 6 týdnů po ukončení užívání látky.

8.1.8. Deprese

Deprese, případně anxieta (Martinove, 2006) a jejich kombinace (včetně smíšeného depresivně anxiozního syndromu) jsou u látkově závislých časté a různě závažné. Dle MKN-10 není zcela jasné, do které klasifikační jednotky spadají. Navíc je diskutabilní, zda se jedná o komplikace nebo o emoční predispozice k závislosti. Je možné, že látková závislost a deprese může neurobiologicky souviset, nicméně není jasné, zda se jedná o dva symptomy téže biologicky založené poruchy nebo zda je deprese navozena abúzem návykové látky (Markou, 1998).

8.1.9. Duální diagnózy

Duální diagnóza znamená souběh syndromu závislosti s další duševní poruchou. Z psychopatologického hlediska je otázka, kdy má takový pojem oprávnění. V adiktologické praxi je možno odlišit: 1. Látkově závislé jedince postižené psychopatologickou komplikací, a to až psychotické hloubky. Důležitým diferenciativním diagnostickým kritériem je zde průběhová charakteristika, především ústup symptomů po zastavení přísunu látky. 2. Pacienty různého diagnostického spektra (zvláště F.2 nebo F.3), kteří užívají návykovou látku většinou proto, že jim přechodně poskytne subjektivní symptomatickou úlevu. U těchto se někdy může rozvinout syndrom závislosti a pojem duální diagnóza by měl být vyhrazen hlavně jim.

9. Kodependence

Autoři B. S. McCrady et al. (1998) zdůrazňují koncept rodinné poruchy, čímž mají na mysli mechanismus kodependence, který „udržuje v chodu“ abúzus alkoholu nebo drogy u některého člena rodiny. Kodependentní model rodiny je blízký Stierlinově koncepci zhoubného vztahového klinče, která hovoří o používání diskvalifikující strategie ve vztahu. Diskvalifikující strategie používá dle F. B. Simona a H. Stierlina (1984) následující postupy: a) dosažení bezmocnosti a probouzení pocitů viny u partnera rozehráním symptomů nebo masochistickým chováním či vzájemnou mystifikací; b) dvojnou vazbu; c) vyhýbání se definici vztahu, vedoucí roli a vlastní odpovědnosti. Z terapeutického hlediska je úkolem klinč uvolnit a umožnit dialog. Uvolnění klinče v sobě nese subjektivní riziko prohry (knokautu) nebo vítězství, což obsahuje i možnost ztracení kontaktu mezi partnery (toto riziko může být pro subjekt předběžně nepřijatelné).

Ch. L. Whitfield (1991) popisuje vývoj termínu kodependence (syndromu dospělého dítěte z dysfunkční rodiny). Kodependenci definuje jako poruchu ze ztráty sebehodnoty neboli dysfunkci, která je spojena se zaměřením na potřeby a chování druhých. Je naučeným chováním, pseudoadaptací, která má domněle chránit pravé já před nebezpečím zvenku. Vychází z pocitu defektnosti, neadekvátnosti, rozštěpenosti, nízkého sebehodnocení, studu, strachu z opuštění či ze ztráty identity. Kodependentovo sebehodnocení je měřeno tím, jak vnímá, že jej vnímají ostatní. Snaží se kontrolovat druhé a tak vlastně vylučuje možnost být osloven vlastními potřebami. Takové nutkavé zacházení se sebou a s druhými vede k poruše ve vztazích, kodependentovo sebepojetí je nízké nebo nejasné, je pro něj téměř nemožné vytvoření zralých funkčních hranic a separace. Vytváří si pokřivenou a nedefinovanou představu o sobě a o světě, je přitahován k dysfunkčním vztahům, jejichž výsledkem je udržování pocitu oběti. Dysfunkční adaptace zpočátku poskytuje určitou úlevu, ale v této iluzivní odpovědi se trvalé řešení nenajde. Dalším krokem bývá vytvoření jiné adiktivní vazby, jiné závislosti, např. na alkoholu nebo drogách. Kodependence se prolíná řadou diagnostických jednotek, přestože není v diagnostických manuálech akceptovaná. Patogeneticky vzato se rozvíjí „zraňováním“. Původní pravé já bylo bolestně zraněno, proto se hluboce skrylo a přenechalo vedení života falešnému, kodependentnímu já. Podle teoretiků psychologie self a objektivních vztahů (Guntrip, 1971; Kohut, 1971) se má v podstatě jednat o dětskou internalizaci rodiči projikované neadekvátnosti, špatnosti a fantazie, přičemž tato

internalizace vede ke tvorbě falešného, deficitního self-konceptu, falešného já. Pravé já je permanentně traumatizováno, a proto se obranně stahuje (odštěpuje) a zanořuje hluboce do nevědomé části psyché. Toto dále vede k distorzi mentální reprezentace vztahů k objektům, přičemž tyto reprezentace jsou nabitý emocemi a mají tendenci ožít v částečných objektech. G. Bateson (1972) shrnuje, že fragmentované ego se cítí lépe v opojení, kde si vytváří iluzivní pocit patřičnosti, adekvátnosti a celistvosti.

Popsaná patologie se týká především obrazu primární kodependence, která je v podstatě primární osobnostní poruchou a jejímž patognomickým příznakem je deficit sebepojetí. Sekundární kodependencí se rozumí rodinný nebo obecně vztahový systém, ve kterém se vyskytuje primární kodependent a další osoba v interakci s ním je postupně kodependencí indukovaná.

10. Systém péče o osoby zneužívající návykové látky

10.1. Prevence v léčbě závislosti

Při vytváření programů primární prevence, sekundární prevence (aktivní léčba) a terciární prevence (prevence škod, sociální služba) bychom vždy měli reflektovat úvodní premisu. To znamená respektovat zákonitosti vývoje závislosti na návykových látkách a programy volit jako jakési možné “výhybky” v patologickém vývoji.

1. Primární prevence.

Hlavním cílem primární prevence je dle K. Kaliny (2008) odradit od užívání drog úplně anebo alespoň co nejvíc oddálit první užití drogy. Cílovou skupinou je ta část populace, která drogy neužívá. Příkladem mohou být veřejné programy pro mládež například na základních a středních školách.

2. Sekundární prevence.

Cílovou skupinou je ta část populace, která drogy již užívá. Patří sem tedy instituce včasné intervence, poradenství a léčení. V našich podmínkách se léčba rozlišuje na léčbu vedoucí k abstinenci, výjimečně na léčbu vedoucí ke kontrolovanému užívání a na léčbu substituční. Cílem sekundární prevence je snížit počet problémových uživatelů a snížit poptávku po drogách.

3. Terciární prevence

Terciární prevence je někdy označovaná jako „Harm Reduction“ tedy minimalizace rizik. Jedná se o soubor všech intervencí, které vedou ke snižování potencionálních zdravotních rizik a jiných poškození, které plynou z užívání drog. Jde o předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození uživatelů. Cílovou skupinou jsou

problémoví uživatelé, kteří představují hrozbu pro sebe i pro veřejné zdraví (B. Janíková, P. Piskáčková, a J. Radimecký, 2007). Intervence se nezaměřují jen na snižování počtu uživatelů, ale také na způsoby jak jsou drogy užívány. Příkladem mohou být bezplatné lékařské prohlídky, bezplatné testování a výměnné programy jehel. Do terciární prevence patří také sociální rehabilitace u klientů, kteří prošli léčbou nebo jejich zapojení do substituční léčby.

10.2. Harm Reduction, Intervence v nízkoprahových službách

Za časně intervence se pokládají krátkodobé odborné postupy navazující na včasné zjištění problémů s užíváním návykových látek dříve, než dojde k závažnému psychickému, somatickému nebo sociálnímu poškození či vzniku závislosti (Kalina, 2006).

Termín Harm Reduction v doslovném překladu znamená „snižování poškození nebo škod“. Použití termínu odkazuje na specifickou oblast, nejvíce spojenou s programy výměny jehel a snahou o zastavení šíření infekčních chorob, zejména HIV/AIDS. Přístup Harm Reduction lze definovat jako soubor praktických strategií, které redukuje negativní dopady užívání drog od bezpečnějšího užívání až po strategie vedoucí k abstinenci. Snaží se pracovat s klienty „tam, kde právě jsou“ a zaměřuje se na okolnosti užívání i na užívání samotné (Newcombe, 1992).

10.3. Nízkoprahové programy

Nízkoprahové programy, ve kterých jsou naplňovány Harm Reduction principy, jsou nejčastěji kontaktní centra a terénní programy.

Nízkoprahový přístup naplňuje takový odborný program, který je přístupný komukoliv bez dalších nároků či stanovených omezení. Cílem je tímto způsobem oslovit a vejít do kontaktu s co největším počtem osob. Program je utvořen tak, aby nestavěl bariéry, které by mohly bránit uživatelům drog nebo jejich blízkým službu využít. V pracovní době může přijít kdokoli, není třeba se předem objednávat či sjednávat schůzku za již promyšleným účelem.

Pro mnohé uživatele či rodinné příslušníky je důležité, aby zůstali během kontaktu s odborníkem v anonymitě, což programy umožňují. Na přicházející osobu nejsou kladeny nároky na abstinenci, tyto programy jsou určeny především aktuálním uživatelům, pro které je okamžitá abstinence či abstinence v krátkém časovém horizontu nereálná. Nízkoprahová služba musí být také dostupná v čase a prostoru, jinak hrozí, že se bude se svými potenciálními klienty míjet. Kontaktní centra jsou umístována tak, aby byla snadno dostupná z centra města, terénní pracovníci docházejí na místa, kde se uživatelé objevují (Hrdina, Korčíšová, 2003).

Nízkoprahové programy můžeme chápat jako velmi důležitou součást systému péče o uživatele drog. Fakticky je s nimi v kontaktu cca 60% problémových uživatelů drog (Mravčík et al., 2006), což znamená, že tyto programy pracují s nejširší skupinou klientů. Nízkoprahové programy jsou službou prvního kontaktu, jak již bylo uvedeno výše, často je právě nízkoprahový program první místo, kde uživatel hovoří o svém užívání. Nízkoprahové služby jsou také důležitou branou do dalších služeb, a to zejména substitučních programů, ambulantních a rezidenčních léčebných programů, ale také zprostředkování odborné lékařské pomoci (chirurgické, hepatologické, gynekologické atd.) či sociální služby (možnosti ubytování, vyřizování dokladů totožnosti atd.). V těchto programech tedy vzniká díky nízkoprahovému přístupu možnost nabízet uživatelům včasné řešení jejich situace dříve, než by např. pominul zájem o rezidenční léčbu či by se zdravotní a sociální problémy vystupňovaly natolik, že by jejich řešení vyžadovalo mnohem náročnější a intenzivnější způsoby řešení.

10.4. Terénní programy

Terénní práce je specifická forma sociální služby realizovaná přímo na ulici, kdy není stanovena délka péče, ta se odvíjí od potřeb klienta. Služba je nabízena uživatelům aktivně, pracovníci vyhledávají a oslovují potenciální klienty, které jinak oslovit nelze. Je to jediná služba v systému péče, která není poskytována v kamenném zařízení, pracovník přichází za klientem do jeho přirozeného prostředí (ulice, byt), nikoli klient za pracovníkem. Při terénní práci je stěžejní navázání prvního kontaktu s uživatelem a získání jeho důvěry. Služby, které terénní programy nabízejí:

- výměna injekčního materiálu
- informační servis
- sociální a zdravotní poradenství
- poradenství a krizová intervence
- asistenční služba

10.5. Kontaktní centrum

Kontaktní centrum je zařízení pro uživatele drog, které se vyznačuje snadným přístupem ke službě – nízkoprahovostí, zachováním anonymity klienta a pro využití služby nevyžaduje abstinenci klienta. Kontaktní a poradenské služby zahrnují „kontaktní služby, poradenství a motivační trénink, programy „Harm Reduction“, diferenciálně diagnostický filtr a zprostředkování léčby v nízkoprahových kontaktních centrech, poradenských a preventivních centrech (Kalina et al., 2003).

Služby nabízené kontaktními centry:

- kontaktní práce – navázání a prohlubování kontaktu s uživateli drog, minimalizace zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog (předávání informací, nabídka kontaktů, nabídka asistenční služby-doprovodu, poskytování informací o stavu klienta, rizicích spojených s užíváním návykových látek, edukace o bezpečnějším užívání drog, informace o možnostech léčebné péče, informace o infekčních onemocněních, informace ze sociální oblasti, informace o bezpečném sexu)
- poradenství – situační poradenství (např. nařízení k výkonu trestu obecně prospěšných prací), strukturované poradenství (většinou se jedná o poradenství před nástupem do léčebného zařízení)
- výměnný program – výměna injekčního náčiní, distribuce sterilní vody, alkoholových tampónů, filtrů, lžiček, kyseliny ascorbové
- základní zdravotní péče – základní zdravotní ošetření drobných poranění, lehčích forem abscesů, běžných virových onemocnění, atd.
- testování na HIV HVB, HVC
- neodkladná péče – první pomoc

– doplňkové služby: hygienický servis; potravinový servis

10.6. Rezidenční léčba v psychiatrické léčebně a terapeutické komunitě, ambulantní péče

10.6.1. Rezidenční léčba v psychiatrické léčebně

Rezidenční léčba v psychiatrické léčebně (dále jen PL) začíná pobytem na detoxifikační jednotce. Cílem je vysadit návykovou látku a překonat odvykací stav. Probíhá jako úvodní fáze hospitalizace. (Zvládnutí odvykacího stavu je možné také ambulantní formou při pravidelném denním docházení do ambulance.) Další fáze léčby trvá cca. tři měsíce na režimovém oddělení závislostí v PL. Režimová léčba znamená, že činnosti během dne jsou jasně dané a strukturované. Podobně dané jsou povinnosti klientů a jejich nedodržení je postiženo tresty ve formě práce, zákazu vycházek, návštěv apod. V prvních fázích léčby je klientům omezen jakýkoliv kontakt s osobami mimo oddělení PL a také její opouštění. Důvodem je ochrana klientů před drogovým či alkoholovým prostředím a vztahy, ze kterých přišli. Denní program se většinou skládá z ranní rozcvičky a ranní komunity, kde se sejdou pacienti se všemi pracovníky z oddělení. Obsahem komunity je organizace a plánování dne a také hodnocení splněných povinností. Dopolední program se může odehrávat formou chráněné práce. Po obědě následuje většinou terapeutický program ve formě skupin, relaxačních programů anebo vzdělávacích skupin a prevence relapsu. Pokud klient spolupracuje v léčbě a plní povinnosti, může se po čase začít stýkat s rodinnými příslušníky a absolvovat první vycházky. V rámci PL je poskytováno sociálně-právní poradenství a skupinová psychoterapie. Léčba končí většinou po třech měsících, kdy pacient může nastoupit do doléčovacích ambulantních programů. V případě osob závislých na drogách je možné pokračovat léčbou v terapeutické komunitě, což je vzhledem k hloubce problematiky závislostí velmi žádoucí. Lidé závislí na alkoholu nemají specializované komunity. Výjimečně mohou být přijati do komunit pro drogově závislé, většinou v případě kombinovaných závislostí, anebo pokračují dál v ambulantních formách doléčování či svépomocných skupinách (Anonymní alkoholici).

10.6.2. Léčba v terapeutické komunitě

Léčba v terapeutické komunitě (dále jen TK) je primárně určena klientům závislým na drogách. TK je pobytové rezidenční zařízení. V českých podmínkách je pro nástup do TK vyžadována abstinence od návykových látek. Klient, se do TK dostane například z ambulantního programu, z detoxifikační jednotky anebo z rezidenčního oddělení v PL. Možnost substituční léčby, se snižováním dávek, která vede k abstinenci, není v českých komunitách nabízena. Pobyt v TK je dobrovolný a trvá cca jeden rok. První rovinou péče je režimová léčba s přesně stanoveným denním programem a hierarchickým rozdělením komunitních rolí. Obvykle jde, podobně jako v PL, o ranní komunitu, dopolední pracovní blok, odpolední skupinový terapeutický program a další arteterapeutické, relaxační aj. léčebné aktivity. Druhou, významnou rovinou, je postupné přebírání odpovědnosti za sebe i za chod komunity. Léčba má obvykle tři fáze. V první fázi nemá klient možnost opouštět TK ani komunikovat s nikým mimo TK. V pracovní terapii spadá pod „služebně“ starší spoluklienty. Pracovní terapie je totiž v TK samořídící a kromě vedoucího pracovního terapeuta z řad týmu, je plně organizována klienty. Postupně klient přebírá odpovědnost v práci a koncem léčby už zastává „vedoucí“ pozice, například v kuchyni. Spolu s rostoucí odpovědností a pokračující terapií může realizovat první výjezdy z komunity, nejprve opět v doprovodu „služebně“ staršího spoluklienta a později v závěrečných fázích i sám. Třetí rovinou komunitní léčby je terapie a sociální práce. Skupinová terapie probíhá zpravidla každý všední den. Každý klient také spadá individuálně pod jednoho z členů terapeutického týmu, tzv. garanta. Ten mu pomáhá s běžným režimovým fungováním v TK a plněním komunitních povinností. Dál může spolupracovat s rodinou klienta a zprostředkovávat jejich setkávání. V TK je také prostor pro individuální práci terapeutickou. Především jde o případové vedení klienta v programu se snahou o reflexi minulosti. Většina TK zajišťuje sociálně-právní servis a péči psychiatrickou. Stále častější jsou případy klientů s duálními diagnózami. Po skončení rezidenčního pobytu nabízí TK sociální rehabilitaci a následnou péči. V průběhu léčby mohou také rodinní příslušníci navštěvovat tzv. „rodičovské skupiny“ určené pro příbuzné a blízké klientů. Problematika terapeutických komunit je velmi obsáhlá. Podrobně ji zpracována například K. Kalina (2008b).

10.6.3. Ambulantní léčba

Ambulantní péče se odehrává většinou v AT (alkohol toxikomanie) ambulancích, kam klienti dochází. Do ambulantní péče spadají doléčovací skupiny, které se konají většinou jedenkrát týdně, nebo individuální konsultace, které též podporují udržení abstinence. Ve fázi doléčování se otevírá prostor pro intenzivní psychoterapii, která může prohloubit porozumění příčinám problému s návykovými látkami a tak podpořit dlouhodobou abstinenci. Ambulantní péče může také sloužit jako místo poskytování substituční léčby. Ambulantní formou probíhá také léčba v denním stacionáři, do jehož programu mohou klienti docházet.

10.7. Sociální rehabilitace a následná péče

Sociální rehabilitace a následná péče. Doléčování začíná ukončením základní léčby. Hlavním cílem je sociální rehabilitace klienta a udržení abstinence. Organizace poskytují různé formy chráněného bydlení a chráněné práce, které slouží jako postupný přechod do běžného fungování. K. Kalina (2008a) popisuje, že v této fázi je důležité, aby pacient znovuzískal běžné sociální a pracovní dovednosti. Stejně významné je obnovit síť blízkých sociálních vztahů, aby se měl klient v běžném životě o koho opřít. Tuto funkci plní i následná péče. Po ukončení sociální rehabilitace se klient začlení zpět do fungování v běžné společnosti, ale nadále může zůstat v kontaktu s domovskou organizací a docházet na doléčovací skupiny či individuální terapeutická setkání.

11. Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek, detoxifikace, substituční léčba

Uvádí se, že pro klienta nejprínosnější a u většiny pacientů ověřená jako nejúčinnější je farmakoterapie v kombinaci psychoterapií či jiným léčebným přístupem (Carroll, 1999 a 2004; Volpicelli, 2001). Podle K. M. Carroll (2004) mohou zejména kognitivně behaviorální metody vytvářet vhodnou platformu po používání psychofarmak. Záleží však na psychopatologii konkrétního pacienta, na stavu jeho motivace a na dalších, např. sociálních faktorech. Farmakoterapie je často jedinou možnou formou léčby, anebo – v konkrétní situaci konkrétního pacienta - nejlepší možnou léčebnou metodou.

Důležitost použití farmak se u jednotlivých klinických projevů závislostí liší, zásadní význam má při léčbě intoxikací, některých odvykacích stavů a psychotických poruch, vznikajících v průběhu rozvoje závislostí na návykových látkách. Významnou roli může farmakoterapie sehrát jak při vlastní odvykací léčbě u syndromu závislosti, tak i při léčbě psychických komorbidit (duálních poruch) a somatických komplikací, které závislosti provázejí. Konkrétní farmakologické postupy při léčbě závislosti na různých typech látek překračují možnosti naší práce. V této kapitole se budeme věnovat jen detoxifikaci a programu substituční péče.

11.1. Detoxifikace

Detoxifikace je léčba odvykacího stavu a spočívá v korekci poruch elektrolytové rovnováhy, dostatečné hydrataci a farmakoterapii, při které se provádí substituční léčba na principu zkřížené tolerance užívaných farmak s alkoholem. Nejčastěji se používají benzodiazepiny se středním biologickým poločasem (chlordiazepoxid, oxazepam, lorazepam), diazepam, či klomethiazol. Detoxifikační jednotky jsou v České Republice součástí psychiatrických léčeben či nemocnic.

11.2. Substituční léčba

Základním principem substituce je náhrada ilegálně a draze získávané, intravenózně aplikované a krátkodobě účinné drogy jinou látkou s obdobným účinkem, ovšem podávané pravidelně, legálně a zdarma (případně velmi levně), v čisté formě a perorálně (výjimečně i jiným způsobem).

Substituční léčba je udržovací terapie, která odkládá splnění (pro některé klienty) konečného cíle (tj. trvalé a důsledné abstinence) na dobu, kdy bude klient objektivně i subjektivně schopen abstinenci orientovanou léčbu podstoupit. Do té doby, si klade za cíl co nejdůsledněji a nejúspěšněji zlepšovat klientův somatický a psychický stav. Pro některé klienty může být konečným cílem samotná, kvalitně prováděná udržovací substituční terapie (např. pacienti s AIDS), podstatně zlepšující kvalitu jejich života. Nástrojem této léčby je podávání substituční (návykové) látky v množstvích, která efektivně potlačují klientovy abstinence příznaky a umožňují mu vést po všech stránkách co možná nejplnohodnotnější stabilní život.

Standardy substituční léčby v ČR (2000) rozlišují několik typů substituční léčby, z nichž se v praxi zatím vyskytují dva:

1) Komplexní substituční léčba: předpokládá specializované zařízení s plným spektrem služeb pro uživatele. Poskytování metadonu je rozšířeno o další služby psychosociálního typu: individuální či skupinová psychoterapie, rodinná terapie, sociální práce a poradenství, kognitivně-behaviorální terapie apod.

2) Nízkoprahové substituční programy: omezují se na poskytování metadonu bez další terapie anebo poradenství, nabízeny jsou např. služby typu kontaktního centra a lékařské péče v případě potřeby.

Předpokladem provádění je v obou případech fungující síť léčebných a kontaktních zařízení, úzce spolupracujících se zařízeními/lékaři, provádějícími léčbu. Cílem substitučních programů obecně je snížení konzumace ilegálních drog a kriminálního chování, a zlepšení sociálního zdraví klientů. A. Preston (1996) uvádí nejčastější formulace cílů: skončit s injekční aplikací drog; omezit užívání ilegálních drog; omezit rizika spojená se získáváním a užíváním drog; stabilizace užívání drog (např. chaotického užívání); snížit kriminalitu; stabilizovat či omezit užívání drog vůbec; přestat s užíváním heroinu a/nebo jiných ilegálních

opiátů; zlepšit své vztahy s okolím; udržet si nebo znovu získat práci; pokračovat ve studiu nebo jej zahájit.

Důležité je rovněž udržení anebo zlepšení somatického nebo psychického stavu obecně. Perspektivou je vytvoření předpokladů pro přechod na terapeutický režim vedoucí k abstinenci. Existuje samozřejmě nemalá skupina klientů, u nichž je tato perspektiva iluzorní.

12. Poradenství, psychoterapie a sociálně právní servis v léčbě závislostí

12.1. Poradenství a psychoterapie

V oblasti závislostí se uplatňuje široká paleta poradenských služeb. Poradenstvím v terénní a kontaktní práci počínaje, přes práci s motivací až po rodinnou terapii. Psychoterapie a metody poradenství se při práci se závislými často překrývají a doplňují. Při intervencích se často používají jen některé účinné faktory psychoterapie, a tak se o psychoterapii dá hovořit většinou až v doléčovací fázi, kdy se otvírá prostor pro systematickou psychoterapeutickou práci. Klient není intoxikován a prošel stabilizační rezidenční léčbou. Ačkoliv v rezidenčních programech jsou uplatňovány prvky terapeutické péče, těžiště práce v hlavním léčebném programu spočívá v režimové léčbě, poradenství a případovém vedení pacienta.

12.2. Sociálně-právní servis

Sociálně-právní servis je důležitá poradenská služba v kontextu práce se závislými klienty. Často se jedná o osoby v konfliktu se zákonem a osoby s dluhy. Sociální pracovníci pomáhají klientům obstarat potřebné sociální dávky, doklady totožnosti, zmapovat dluhy a nastavit reální splátkové kalendáře, případně vyjednat výkon obecně prospěšných prací.

13. Přehled teorie vztahové vazby v souvislosti s možnostmi výzkumu

Výzkumy vztahové vazby v dospělosti, předpokládají, že stejný motivační systém, na jehož základě vzniká emoční pouto mezi rodičem a dítětem, stojí za poutem, které vzniká v emočně blízkých vztazích v dospělosti. V následujícím krátkém přehledu stručně popíšeme historii výzkumu vztahové vazby v dospělosti, hlavní teorie a některé důležité výzkumné závěry.

13.1. Hlavní východiska Bowlbyho teorie vztahové vazby

Teorii vztahové vazby zkoumal a popsal britský psychoanalytik John Bowlby (2010). Bowlby se snažil porozumět intenzivnímu trápení, které malé dítě zažívá, když je odloučeno od svých rodičů. Zjistil, že dítě bude výjimečně dlouho provozovat některý z typů připoutávajícího chování (např. plakat, držet se rodiče, zoufale hledat rodiče), aby zabránilo separaci od rodiče a znovuustavilo ztracenou blízkost. V době, kdy Bowlby formuloval první závěry své teorie, popsali psychoanalytičtí autoři (Freud, 1966) výše zmíněné projevy chování, jako nevyspělé obranné mechanismy, sloužící k potlačení emoční bolesti. Bowlby však zaznamenal, že takové projevy jsou naprosto běžné také u různých druhů savců a uvažoval tak, že význam tohoto chování má evoluční funkci.

Bowlby, který vycházel z etologické teorie, předpokládal, že připoutávající chování jako pláč a hledání blízkosti, jsou adaptivní odezvy na odloučení od vztahové osoby. Od někoho, kdo dítěti poskytuje podporu, ochranu a péči. Protože kojenci, stejně jako mláďata jiných savců, se neumí sami ochránit či nakrmit, jsou závislí na péči a ochraně dospělých. Bowlby argumentuje, že kojenci, kteří jsou schopni dosáhnout blízkosti k vztahové osobě skrze připoutávající chování, mají větší šanci na přežití. Podle Bowlbyho se motivační systém, zvaný připoutávající chování, vyvíjel postupně přirozeným výběrem a měl za cíl regulaci blízkosti k hlavní vztahové osobě.

Teorie vztahové vazby je důležitý koncept, který poskytuje propojení mezi etologickými modely lidského vývoje, moderními teoriemi emoční regulace a teoriemi osobnosti. Základním momentem teorie vztahové vazby je otázka, jestli je vztahová osoba nablízku, zda je emočně přístupná a dostatečně pozorná k potřebám dítěte. Pokud dítě cítí, že tomu tak je, cítí se jistě, milované a v bezpečí. Může bezpečně prozkoumávat své okolí, hrát si s ostatními a navazovat další vztahy. Pokud tomu tak není, dítě zažívá úzkost a buď jen pohledem prozkoumává své okolí, nebo se naopak projevuje velmi hlasitě. Takové chování pokračuje, dokud dítě znovu neustaví fyzickou nebo psychickou blízkost ke vztahové osobě nebo dokud není úplně zlomeno velmi dlouhou separací či úplnou ztrátou vztahové osoby. V takovém případě, zažívá dítě hluboké zoufalství a beznaděj (Bowlby, 2012).

13.2. Individuální rozdíly u dětí ve vztahovém chování

Ačkoliv Bowlby odhalil základní dynamiku připoutávajícího chování dětí, byl si vědom individuálních rozdílů v tom, jak děti vnímají dostupnost vztahové osoby. Pozoroval také rozdílnou regulaci vztahového chování v reakci na pocit ohrožení. Mary Ainsworth (1970), Bowlbyho kolegyně, začala systematicky sledovat, co se děje při separaci kojence od rodiče. Vymyslela testovou techniku „Neznámé situace“ (Strange situation) ke sledování vztahu kojenců a jejich rodičů.

V testu neznámé situace je půl roční kojenec a jeho rodič systematicky sledován v situaci odloučení a opětovného shledání. Většina dětí (cca 60%) se v takové situaci chová podle Bowlbyho závěrů ze sledování odloučení. Jsou našťavané, když rodič opustí místnost, ale když se vrátí, vyhledávají jeho blízkost a nechají se utiшит. Děti s tímto vzorcem chování mají bezpečný typ vztahové vazby ke svému rodiči. Zbýlých cca 20% dětí, vykazuje po čas separace velké zoufalství. Důležité je, že po návratu rodiče, se tyto děti nechají jen těžko utiшит. Často vykazují složitý vzorec chování, kdy naznačují potřebu být utišeny a zároveň chtějí „potrestat“ rodiče za to, že je opustil. Tyto děti jsou k rodiči připoutány nejistě – ambivalentně. Třetí vzorec chování, které vykazuje cca 20% dětí, se nazývá nejistě – vyhýbavé připoutání. Děti s tímto typem vztahu navenek nevykazují znaky smutku, když rodič opustí místnost. Po návratu rodiče se aktivně vyhýbají kontaktu s ním a občas si raději hrají s hračkami v laboratorní místnosti.

Práce M. Ainsworthové přinesla tři velmi významné poznatky. Její zkoumání poskytla první důkazy o tom, jak se projevuje vztahové chování v bezpečné situaci i v situaci kterou dítě prožívá jako ohrožující. Provedla první klasifikaci individuálních rozdílů v dětském připoutávajícím chování (vazba jistá; vazba nejistá – ambivalentní; vazba nejistá – vyhýbavá). Prokázala, že typ vztahového chování, které dítě vykazuje, souvisí s interakcemi, které probíhají mezi dítětem a rodičem v průběhu prvního roku života. Rodiče dětí, které mají jistou vztahovou vazbu, jsou citliví k jejich potřebám. Rodiče dětí s nejistou vztahovou vazbou (ambivalentní či vyhýbavou), jsou často necitliví k potřebám svých dětí, jsou nekonzistentní v reakcích na své děti nebo odmítají poskytnout dětem potřebnou péči. V následujících letech se mnoho výzkumníků zabývalo vztahem mezi rodičovskou schopností adekvátně plnit potřeby dítěte a pocitu bezpečí ve vztahu, ze strany dítěte.

13.3. Milostné vztahy v dospělosti

Ačkoliv se J. Bowlby (2013) primárně zabýval kvalitou vztahu kojenec – rodič, byl přesvědčen o tom, že tato zásadní vztahová zkušenost v nějaké formě provází člověka po celý jeho život. Také další výzkumníci začali sledovat, jak se vztahové procesy odehrávají v dospělosti. C. Hazan a P. Shaver (1987) byli první, kteří zkoumali Bowlbyho závěry v kontextu milostných vztahů v dospělosti. Podle jejich přesvědčení, fungují dospělé milostné vztahy z části na základě stejného motivačního systému – systému vztahové vazby - jako vztahové chování, které se vyvíjí v dětství mezi dítětem a rodičem (případně jinou stálou pečující osobou). Autoři popisují, že oba vztahy, vztah mezi kojencem a rodičem a vztah mezi dospělými milostnými partnery, vykazují tyto stejné znaky:

1. oba se cítí bezpečně, když je druhý nablízku
2. u obou dochází k blízkému intimnímu tělesnému kontaktu
3. u obou je vyvolána nejistota nedosažitelností druhého
4. u obou dochází k ujištění sebe sama navzájem
5. provozují „baby talk“

6. oba rozumí neverbálním projevům druhého a projevují nadšení a zaujetí druhým

Na základě těchto paralel, dospěli autoři k závěru, že dospělé milostné vztahy i vztah mezi kojencem a pečovatelem, jsou projevy vztahové vazby (připoutání). Romantická láska je projevem vztahového behaviorálního systému, stejně jako motivační systémy, které dávají vzniknout sexualitě a pečujícímu chování.

13.4. Tři významná fakta, plynoucí z teorie vztahové vazby u dospělých

Myšlenka, že milostný vztah, je formou vztahové vazby, měla velký vliv na moderní výzkum blízkých vztahů. Existují minimálně tři významné předpoklady, které plynou z tohoto zjištění. Zaprvé, pokud je milostný vztah projevem vztahové vazby, pak bychom měli u dospělých lidí pozorovat stejnou klasifikaci vztahu, kterou popsala Ainsworthová u vztahového chování mezi kojencem a rodičem.

Můžeme předpokládat, že dospělí lidé, kteří se cítí bezpečně v milostném vztahu a mají bezpečnou vztahovou vazbu, budou v takovém vztahu cítit jistotu, že partner je zde pro ně, když jej potřebují. Nebudou mít problém otevřít se partnerovi ve chvíli emoční blízkosti a nebudou jim vadit situace, kdy se ocitnou v závislosti na partnerovi, anebo když bude partner závislý na nich. Jiný dospělí lidé, budou mít nejistou vztahovou vazbu. Ti, kteří mají nejistou - ambivalentní vazbu, se neustále zabývají tím, jestli je mají druzí opravdu rádi. Budou velmi frustrováni nebo se budou zlobit, když jejich vztahové potřeby nebudou naplněny. Lidé s nejistou – vyhýbavou vazbou, se budou jevit tak, že se o vztahy příliš nezajímají. Budou se snažit nebýt závislí na druhých lidech a nebudou rádi, když by druzí měli být závislí na nich.

Zadruhé, pokud je milostný vztah projevem vztahové vazby, pak by měl u dospělých lidí fungovat na základě podobných principů, jako vztah kojenců a pečujících osob. Jinými slovy, stejné faktory, které usnadňují dětem prozkoumávat okolí (např. pokud mají citlivého a pečujícího rodiče) by měly usnadňovat „průzkum“ světa také v dospělosti (např. pokud mám citlivého a pečujícího partnera). Stejně vlastnosti, které potřebuje dítě u svého rodiče (např. blízkost, emoční dostupnost) jsou nezbytné také pro fungující milostný vztah v dospělosti.

Individuální rozdíly ve vztahovém chování by měly ovlivňovat fungování vztahů jak v dospělosti, tak v dětství, stejným způsobem.

Zatřetí, to, jestli se dospělý člověk cítí jistě nebo nejistě ve vztazích v dospělosti, může být částečně podmíněno jeho zkušenostmi s rodičovskou péčí. Bowlby je přesvědčen, že mentální reprezentace nebo pracovní modely (např. očekávání, víra, pravidla či scénáře myšlení a chování) které dítě používá ve vztazích, závisí na jeho zkušenostech s rodičovskou péčí. Například dítě, které má jistou vazbu, bude spíš přesvědčeno o tom, že ostatní jsou zde pro něj, protože předchozí zkušenosti ho k tomuto závěru dovedly. Pokud jednou dítě takové očekávání nabude, bude hledat vztahy, které mu budou odpovídat. Tento proces ovlivňuje kontinuitu vztahových vzorců po celý život, ačkoliv je možné, že pokud člověk zažije v průběhu života vztahové zkušenosti, které nekorespondují s jeho primárními zkušenostmi, mohou se tyto vzorce proměnit. Pokud jsou dospělé vztahy pokračováním vztahových vazeb získaných v dětství, je možné, že děti s jistou vztahovou vazbou se budou cítit jistě také v dospělých milostných vztazích. Podobně můžeme předpokládat, že lidé, kteří mají v dospělosti jistou vazbu k rodičům, budou vytvářet také jisté vztahy s novými partnery.

13.5. Můžeme u dospělých pozorovat stejné vzorce vztahové vazby jako u dětí?

Studie zabývající se vztahovou vazbou dospělosti se týkají především individuálních rozdílů v tom, jak lidé přemýšlí a jak vzpomínají na vztahy s rodiči. Autoři C. Hazan a P. Shaver (1987) vyvinuli ke sledování těchto individuálních rozdílů, jednoduchý dotazník. Terminologicky jsou tyto individuální rozdíly ve vztahové vazbě často označovány jako: vztahové styly, vztahové vzorce, vztahová orientace nebo rozdíly v organizaci vztahové vazby. Autoři pokládali respondentům tři následující otázky a sledovali, které z nich nejlépe charakterizují způsob myšlení, prožívání a chování v blízkých vztazích:

1. V blízkosti druhých lidí se necítím příliš dobře. Je pro mne těžké jim úplně věřit a dovolit si, být na nich v čemkoliv závislý. Jsem nervózní, když se ke mně někdo přiblíží a často mi druzí chtějí být blíž, než je mi příjemné.

2. Je pro mne jednoduché být blízko druhým lidem a nevadí mi být na nich závislý a spoléhat na ně. Nevadí mi, když jsou druzí závislí na mně nebo na mě potřebují spoléhat. Nezabývám se myšlenkami na to, jestli mě někdo opustí anebo jestli se ke mně příliš přiblíží.

3. Shledávám, že se ke mně druzí nechtějí přiblížit tak, jak bych potřeboval. Často se trápím představou, že mě můj partner/ moje partnerka opravdu nemiluje a nechce se mnou být. Potřebuji být svému partnerovi/ partnerce velmi blízko a to ho/ ji odrazuje.

Na základě těchto tří výroků, zjistili autoři, že zastoupení odpovědí v jednotlivých kategoriích bylo u dospělých stejné, jako u dětí. Asi 60% dospělých se hodnotilo podle výroku B, který odpovídá jisté vztahové vazbě. Asi 20% dospělých vybíralo výrok A, tedy nejistou – vyhýbavou vazbu a cca 20% zbylých respondentů vybíralo výrok D, tedy nejistou – ambivalentní vazbu.

Ačkoliv je tento nástroj spolehlivým ukazatelem vztahu mezi typem vztahové vazby a funkčností vztahu, nedovoluje úplné testování hypotézy, že individuální rozdíly ve vztahové vazbě pozorované u dětí se objevují také v dospělosti.

Navazující výzkumy zkoumaly tuto hypotézu různými způsoby. Například Kelly Brennan a její kolegové sebrali velké množství výroků (např.: Věřím, že zde ostatní budou pro mne, když je budu potřebovat.) odpovídající tomu, jak se lidé cítí v blízkých vztazích a zkoumali, jak spolu statisticky souvisí (Brennan, Clark, Shaver, 1998). Jejich závěry ukázaly, že existují dvě základní dimenze, v jejichž rozmezí se vnímání vztahové vazby v dospělosti pohybuje. První z nich se nazývá vztahová úzkost. Lidé, kteří skórují vysoko na této škále, se často strachují, jestli bude v případě potřeby jejich partner dostatečně citlivý, rozumějící, atd. Lidé, kteří na této škále skórují nízko, jsou mnohem jistější v očekávaných reakcích partnera, na své potřeby. Druhá škála se nazývá vztahová vyhýbavost. Lidé skórující na škále vysoko se radši na druhé lidi nespolehají a neotvírají se jim v situacích emoční blízkosti. Lidé, kteří skórují nízko na škále, se cítí dobře v blízkosti druhých lidí a umí se na druhé spolehnout a mohou na druhých být závislí a druzí se mohou spoléhat na ně. Dospělý člověk s jistou vztahovou vazbou skóruje v obou škálách nízko.

Jak uvádí autorka K. Brennan jsou tyto poznatky v teorii vztahové vazby u dospělých zásadní. Také současné analýzy statistického vzorkování chování dětí v neznámé situaci, odhalily dvě funkčně podobné dimenze: jednu, která zachycuje míru úzkosti a míru stability dítěte a druhou, která zachycuje dětské přání mít rodiče jako bezpečnou základnu (Fraley, Spieker, 2003a, 2003b). Tyto dvě dimenze odpovídají dimenzím, které byly zjištěny u dospělých lidí, což naznačuje, že stejné vztahové vzorce provází člověka v průběhu celého života.

Na základě nálezů, které předkládá K. Brennan a autoři R. C. Fraley a N. G. Waller (1998) se v současnosti vnímají individuální rozdíly ve vztahové vazbě v rámci dimenzí spíše než v rámci kategorií. To znamená, že rozdíly ve vztahové vazbě se spíše liší v míře než v typu.

13.6. Fungují milostné vztahy v dospělosti na základě stejných principů jako vztahy mezi kojenci a jejich rodiči?

V současnosti narůstá množství výzkumů, které prověřují předpoklad, zda milostné vztahy v dospělosti fungují na základě stejných principů, jako vztahy mezi kojenci a jejich rodiči. Výzkumy, které sledovaly chování dospělých lidí, při odloučení od svých partnerů na letišti prokázaly, že toto chování vykazovalo jasné známky protestu z odloučení a zvýšené péče o druhého. Vzorce chování se lišily podle typu vztahové vazby (Fraley, Shaver, 1998). Při odloučení projevují páry vztahové chování v mnohem větší míře, než kdy nejsou odloučeny. Dospělí lidé s vyhubavým typem vztahové vazby projevují při odloučení mnohem méně vztahové chování, než méně vyhubaví jedinci. V následujících odstavcích probereme paralely, které byly objeveny ve vztahu mezi dospělými partnery a ve vztahu mezi kojenci a jejich rodiči.

13.6.1. Výběr partnera

Mezikulturní studie naznačují, že matky dětí se cítí nejlépe v jistém vztahovém připoutání (van IJzendoorn, Sagi, 1999). U dětí, zatím z pochopitelných důvodů neproběhl výzkum, který by sledoval, v jakém typu vztahového připoutání se cítí nejlépe. Dospělí lidé, kteří hledají dlouhodobý vztah, očekávají od potencionálních partnerů vlastnosti typu: pozornost, přijetí, citlivost aj., které vystihují schopnost druhého člověka o někoho pečovat. Ne všichni lidé, se však dají dohromady s partnerem, který má tyto předpoklady pro tvorbu jisté vztahové vazby. Některé studie uvádí, že někteří lidé ukončí i vztahy, které potvrzují a naplňují jejich vztahová očekávání (Frazier et al., 1996).

13.6.2. Bezpečná základna

Děti, které disponují jistou vztahovou vazbou, jsou mnohem lépe přizpůsobené společenskému životu. Jsou odolné, vyhledávají společnost svých vrstevníků a jsou v kolektivu oblíbené. Podobné vzorce chování se objevují také u dospělých s jistou vztahovou vazbou. Celkově jsou tito dospělí lidé mnohem více spokojeni se svými vztahy, než nejisté připoutání. Jejich vztahy jsou stabilní a dlouhotrvající, založené na věrnosti a vzájemné spolupráci a sdílení (Feeney, Noller, Callan, 1994). Dospělí s jistou vztahovou vazbou také mnohem častěji využívají partnera, jako spolehlivou „základnu“ od které se mohou vzdalovat a prozkoumávat svět (Fraley, Davis, 1997). Značná část výzkumů vztahové vazby v dospělosti, se zabývala rozkrytím psychologických mechanismů a způsobů chování, které podporují pocit jistoty a bezpečí ve vztahu. Z těchto výzkumů vyšly dva důležité objevy. V souladu s teorií vztahové vazby bylo potvrzeno, že dospělí lidé, kteří mají jistou vztahovou vazbu, na rozdíl od jedinců, s nejistým typem připoutání, hledají mnohem častěji partnerovu pomoc a podporu, pokud mají nějaký problém. Také jsou schopni poskytnout podporu partnerovi, pokud ji potřebuje (Simpson et. al., 1992). Druhým důležitým závěrem je poznatek, že dospělí lidé, s nejistým typem vztahové vazby, kteří se často zabývají partnerovo chováním, jsou případnými konflikty ve vztahu velmi znejišťováni (Simpson et. al., 1996).

13.6.3. Nejistá – vyhýbavá vazba a obranné mechanismy

Podle teorie vztahové vazby se děti liší ve způsobech a strategiích, které používají k regulaci úzkosti, kterou zažívají ve vztazích. Po separaci a opětovném setkání s rodičem, se děti s nejistým typem vztahové vazby na rodiče obracejí, ale chovají se ambivalentně a vzdorovitě. Jiné se stáhnou a zdánlivě minimalizují veškeré vztahové chování i prožívání. Jednou z zásadních otázek v oblasti výzkumu dětské vztahové vazby je, zda děti, s nejistou – vyhýbavou vztahovou vazbou, které zdánlivě odmítají pozornost rodiče, jsou opravdu méně stresované anebo zda jejich defensivní chování, slouží jako obranný mechanismus, který pouze zakrývá opravdový pocit zranění. Výzkum, který měřil srdeční tep a hladiny stresových hormonů prokázal, že vyhýbavé děti jsou při separaci od rodiče velmi stresovány, ačkoliv své pocity nedávají najevo a tváří se, že se nic neděje.

Výzkum vztahové vazby u dospělých lidí ukázal některé zajímavé souvislosti mezi vyhýbavým chováním a obrannými mechanismy. Dospělí jedinci s distancovaně – vyhýbavou vztahovou vazbou, na rozdíl od jedinců s bázlivě – vyhýbavou vztahovou vazbou, jsou schopni využívat defensivní strategie adaptivním způsobem. V experimentální situaci byli jedinci instruováni hovořit o ztrátě partnera. Autoři R. C. Fraley a P. R. Shaver (1997) zjistili, že jedinci s distancovaně – vyhýbavou vztahovou vazbou (na škále vztahové vyhýbavosti skórují vysoko a na škále vztahové úzkosti nízko), prožívali stejné psychické rozrušení, jako ostatní testovaní jedinci. Když dostali instrukci potlačit své myšlenky a pocity, dokázali tito jedinci velmi efektivně splnit toto zadání. To znamená, že lidé s distancovaně – vyhýbavou vztahovou vazbou umí deaktivovat fyzické rozrušení a minimalizovat pozornost věnovanou myšlenkám ohledně blízkého vztahu. Lidé s bázlivě – vyhýbavou vazbou, nebyli v potlačení svých emocí takto úspěšní.

13.7. Jsou vzorce vztahové vazby stabilní v průběhu života?

Významným poznatkem teorie vztahové vazby je tvrzení, že typ vztahové vazby, který se projevuje v dospělosti, je podmíněn interakcemi, které jedinec prožíval v dětství s rodiči nebo s jinými stabilními pečovateli. Tyto primární vztahové zkušenosti ovlivňují také

prožívání dalších vztahů v dospělosti, především milostných. Otázka, do jaké míry se oba typy vztahového chování (v dětství a následně dospělosti) překrývají, zůstává nejasná.

V otázce stability vztahových vzorců stojí za úvahu dvě důležité otázky: (a) Jak velká je podobnost prožívané jistoty v různých mezilidských vztazích (např. k matce, otci, partnerovi/ partnerce)? a (b) jak stabilní je jistota v různých typech vztahů v průběhu času?

Statistiky ukazují, že prožívaná jistota ve vztahu k matce a prožívaná jistota ve vztahu k partnerovi/partnerce spolu významně nekorelují. Fraley, porovnával data, získaná sebehodnotícím dotazníkem. Zjišťoval vztahový vzorec k významné rodičovské postavě a k současnému partnerovi/ partnerce. Naměřená korelace pro oba vztahy byla jen mírná cca. .20 - .50.

Vztah mezi ranými zkušenostmi ve vztazích a prožíváním vztahů v dospělosti, sledovaly také retrospektivní studie. Autoři C. Hazan a P. Shaver (1987) zjistili, že lidé, kteří měli v dospělosti v partnerském vztahu jistou vztahovou vazbu, hodnotili vztahové zkušenosti s rodiči, prožívané v dětství, převážně jako pečující, přijímající a citlivé (Feeney, Noller, 1990).

Na základě zjištění výše zmíněných studií se zdá, že vztahové vzorce rodič – dítě a dospělý člověk – partner, spolu souvisí jen mírně. Jaké jsou důsledky těchto zjištění pro teorii vztahové vazby? Nejdůležitějším závěrem je fakt, že systém vztahové vazby, který se vyvíjí v dětství, ovlivňuje myšlení, chování a prožívání také v dospělosti (Fraley, Shaver, 2000). Toto tvrzení platí, bez ohledu na to, zda individuální vzorce organizace vztahové vazby zůstávají stabilní v průběhu let a v kontextu různých typů vztahů.

Sociální a kognitivní mechanismy člověka, na které se odvolávají teoretici vztahové vazby, naznačují stabilitu ve vzorcích vztahové vazby. R. C. Fraley (1999), použil dva modely odvozené z teorie vztahové vazby, které vytváří různé předpovědi o stabilitě vzorců vztahové vazby.

U obou modelů se předpokládá, že individuální rozdíly v reprezentacích vztahové vazby jsou podmíněny zkušeností s rodiči, či jinými stálými pečovateli, a že tyto rané zkušenosti ovlivňují kvalitu následujících vztahových zkušeností. V prvním modelu předpokládáme, že existující reprezentace jsou aktualizovány a korigovány v důsledku nových vztahových zkušeností tak, že původní reprezentace jsou nakonec přepsány.

Matematické analýzy odhalily, že tento model předpovídá dlouhodobou stabilitu individuálních rozdílů, která se blíží nule.

Druhý model, je podobný prvnímu, ale navíc přidává předpoklad, že reprezentace vztahových zkušeností, které se vyvíjí během prvních let života, jsou stabilní (nedochází k jejich přepsání) a ovlivňují vztahové chování během celého života. Analýzy tohoto modelu reprezentací vztahové vazby prokázaly, že dlouhodobá stabilita se blíží nenulovým hodnotám.

Důležitým závěrem těchto analýz je, že principy teorie vztahové vazby, mohou být použity k tvorbě vývojových modelů, z nichž plynou nápadně rozdílné předpovědi o dlouhotrvající stabilitě individuálních rozdílů reprezentací vztahové vazby. Existence dlouhodobé stability individuálních rozdílů v reprezentaci vztahové vazby tak zůstává stále výzkumnou otázkou.

13.8. Otázky a možnosti dalšího výzkumu v teorii vztahové vazby v dospělosti

V oblasti vztahové vazby stále existuje mnoho nezodpovězených otázek. Je to opravdu tak, že některé milostné vztahy v dospělosti jsou skutečné projevy vztahové vazby a jiné ne? Pro budoucí zkoumání v této oblasti bude nutné najít způsob, jak určit, zda sledovaný vztah aktuálně plní funkce vztahového chování. Za druhé, z předchozích výzkumů je jasné, jaká je evoluční funkce vztahového chování v dětství. Stále však nevíme, jestli má nějakou evoluční funkci také v dospělosti. Za třetí, stále neumíme určit přesné faktory, které mohou měnit typ vztahové vazby.

EMPIRICKÁ ČÁST

14. Možnosti určení typu vztahové vazby

14.1. Jak měřit vztahovou vazbu v dětství

M. Ainsworth (1985) vypracovala nástroj k sledování vztahové vazby a její základní typologii. Pokračovala ve sledování dětí, které započal autor teorie attachmentu J. Bowlby (2010). Vytvořila slavnou metodu – strukturovanou situaci pro pozorování rané interakce matka – dítě nazvanou Strange Situation Test („Test neznámé situace“).

Jedná se o několikaminutovou strukturovanou situaci složenou z osmi epizod. Při vypracování této výzkumné metodiky vycházela autorka z několika předpokladů. Část předpokladů se týká systému vztahové vazby, část systému exploračního chování. Dalším orientačním bodem byl poznatek, že děti okolo jednoho roku již mají vyprofilované chování související se vztahovou vazbou. K tomuto chování patří, že dítě vyhledává blízkost s osobou, se kterou tuto vazbu má a dokáže rozlišovat různé osoby. Osoba, se kterou dítě vazbu má, slouží jako „bezpečná základna“. K chování, které souvisí se vztahovou vazbou, patří: hledání a volání; pláč; následování; přivinutí se a protest při odchodu blízké osoby.

Toto chování má svůj protějšek v pečujícím chování dospělého. Explorační a hravý systém je vlastně protichůdný k systému připoutání. Uplatňuje se, když systém připoutání není aktivovaný. Pouze, když není systém připoutání aktivní, dítě nemá hlad, cítí se v bezpečí atd., objevuje se prostor pro rozvinutí exploračního chování, které souvisí s tendencí k autonomii. Když se dítě cítí bezpečně a má v osobě, na kterou je navázané bezpečný a stabilní bod, může se svobodně věnovat zkoumání okolí. Připoutávající chování je aktivováno přítomností cizích lidí, v cizím prostředí, při únavě, nemoci, bolesti, odloučení a ve stresových situacích.

Při testu neznámé situace, která slouží k určení typu vztahové vazby, jsou matka a dítě v laboratorní místnosti za přítomnosti cizího člověka, který se chová přátelsky. Matka má instrukci hrát si s dítětem tak, jak jsou oba zvyklí. Potom matka na tři minuty místnost opustí, vrátí se a za další tři minuty opět místnost opustí na další tři minuty a opět se vrátí. Za těchto podmínek se sleduje typické chování dítěte. Detailní popis testu neznámé situace viz L. Šulová (2010). Výsledky pozorování jsou zaznamenány dvěma systémy

kódování. V kategorizaci typu vazby: bezpečná vazba; nejistá vyhýbavá vazba; nejistá ambivalentní vazba; dezorganizovaná/ dezorientovaná vazba a v šesti interakčních škálách: vyhledávání blízkosti a kontaktu; udržování kontaktu; vzdorování kontaktu; vyhýbání se kontaktu; interakce na dálku a hledání zmizelé osoby.

14.2. Typologie vztahové vazby v dětství

M. Ainsworth (1985) klasifikovala tři základní typy modalit pozorovaného chování:

- *Bezpečné připoutání: kategorie B.* Děti s bezpečnou vztahovou vazbou se v čase odloučení chovají podle očekávání: některé jsou přátelské k cizímu přátelskému člověku, jiné jsou zřetelně znepokojené matčinou nepřítomností. Při návratu matky se radují, vyhledávají její blízkost a kontakt s ní, chtějí se nechat chovat a poté se opět vrací ke hře a k exploračním aktivitám.

- *Nejisté připoutání:* Ainsworth dělí tuto kategorii na dvě podkategorie, ne nejistě – vyhýbavě připoutané děti a na nejistě – ambivalentně připoutané děti; o něco později popsala další kategorii Mary Main (1997), dezorganizovaně/ dezorientovaně působící děti (kategorie D).

- *U nejistě – vyhýbavě připoutaných dětí* se používá označení kategorie A. Tyto děti se vyhýbají matčině blízkosti. V jejich chování se nedá v nepřítomnosti matky zaznamenat zvláštní neklid. Na pokyn experimentátorů pokračují v aktivním zkoumání experimentální místnosti a hraček. Zvenku se na nich nedají sledovat známky hněvu anebo úzkosti. Když se matka vrátí, ignorují ji, a dokonce se aktivně vyhýbají její blízkosti. O něco méně než matce, se vyhýbají přítomnému cizímu člověku. Později autoři Spangler a Grossmann zjistili, že u těchto dětí, stoupala oproti původnímu stavu, při odloučení od matky, tepová frekvence i hladina kortizolu (Spangler, 1997). V chování pozorovaném zvenku se neklid nijak neprojevil.

- *U nejistě – ambivalentně připoutaných dětí* se vžilo označení kategorie C. - Tyto děti jsou úzkostné a závislé na své matce. Často jsou skleslé už před prvním odloučením a bojí se osoby, která představuje přátelsky vystupujícího cizího člověka. Po dobu matčiny nepřítomnosti jsou extrémně znepokojené. Z přítomnosti cizího člověka neumí získat nic dobrého. Kromě úzkosti je zřejmé, že jsou také zlostné. Při návratu matky kolísají mezi tendencí ke kontaktu s matkou a odporem vůči přiblížení.

- *Dezorganizovaná neboli dezorientovaná vztahová vazba: kategorie D.* Tyto děti ustrnou v přítomnosti vztahové osoby ve svých pohybech a ve tváři mají výraz jako při transu. Stereotypně kývají rukama anebo se houpou v kolenou, když se přibližují. Když se bojí cizího člověka, vzdálí se od rodiče a opřou si hlavu o stěnu. Při odloučení se dívají na dveře a křičí na vztahovou osobu, při jejím návratu se v tichosti obrátí. Zdá se, že když cítí úzkost, nehledají bezpečí v blízkosti rodiče a nemají pro redukci úzkosti ani žádné jiné východisko.

14.3. Jak měřit reprezentaci vztahové vazby v dospělosti?

Pro klasifikaci typů reprezentace vztahové vazby u dospělých se používá strukturované interview (Adult Attachment Interview – AAI), kde se upouští od přímého etologického pozorování a údaje se získávají pomocí rozhovoru. Kromě obsahu sdělených informací se posuzuje také jejich formální stránka, například souvislost nebo nesouvislost vyprávění. Tento nástroj vypracovala M. Main (1997). Dospělý se při jeho vyplňování vrací k biografii svých vztahových vazeb, aby došlo k vyvolání vzpomínek na vztahovou vazbu a bylo možné její současné hodnocení.

Chování rodičů k dítěti závisí na jeho vnitřních pracovních modelech, tedy na jejich převažující zkušenosti v nejdůležitějších vztazích. Tyto zkušenosti jsou reprezentované v paměťových stopách rodičů.

Testovaná osoba zodpovídá postupně třináct otázek, na které má odpovědět s uvedením příkladů. Otázky se týkají vzpomínek na vlastní chování s potřebou blízkého

vztahu a s přáními, které s nimi souvisí. Zjišťuje se reakce na potřeby a přání ze strany rodičů, pocit odmítnutí a na zážitek odloučení anebo smrti blízkého. To vše z pohledu současného hodnocení.

Interview se zaznamenává doslova a poté se přepisuje. Zaznamenávají se také neverbální prvky, jako úsměv, delší přestávky, povzdechy, aby se zjistilo, co člověka vyvedlo z rovnováhy, anebo co ho rozesmálo. Hodnotí se styly myšlení. Na škálách, kde se hodnotí zkušenost s rodiči, jsou kritéria pro hodnocení formální jazykové stránky. Tedy nakolik je interview „uspořádané“. Další dvě škály hodnotí řečové známky dezorganizace, které jsou interpretované jako stavy stále přetrvávající a ještě nepřekonané a nezpracované psychotraumatizace. Na závěr se přepis rozhovoru klasifikuje podle konceptu vnitřních pracovních modelů.

Protože se vztahová vazba posuzuje na základě verbální komunikace, jde přirozeně o jiný typ měření, než jakým je přímé pozorování chování dětí ve strukturovaných situacích. U dospělých se tedy používá jiný způsob pro pohled do vnitřních pracovních modelů. U obou systémů testování však dochází k aktivaci systému vztahové vazby. Dospělý člověk dostává otázky, které v něm aktivují vzpomínky na pozitivní i negativní zkušenosti se vztahovou vazbou, k čemuž přirozeně patří emoce. V tomto interview se nezaškrťávají odpovědi, ale strukturovaně se hodnotí spontánní odpovědi, reakce na strukturované otázky. Klasifikují se myšlenkové vzorce neboli reprezentace vnitřních pracovních modelů dospělých, v souvislosti se vztahovou vazbou.

Myšlenkovou aktivitu při interview o vztahové vazbě u dospělých lze přirovnat k motorické aktivitě při testu neznámé situace v dětství. Děti s bezpečnou vztahovou vazbou prozkoumávají celý prostor, který mají k dispozici a využívají možnosti blízkosti. Děti s nejistou – vyhýbavou vazbou si udržují odstup od vztahové osoby, když prožívají utrpení. Děti s ambivalentní vazbou neumí vztahovou osobu opustit, když se trápí. Pokud nahradíme pojem vztahová osoba pojmem vztahová vazba, tak můžeme myšlenkové pochody u dospělých sledovat analogicky: jisté, znehodnocující (distancované), zapletené anebo dezorganizované.

Klasifikace typů reprezentace vztahové vazby u dospělých odpovídá typům, které byly klasifikované jinou metodou u dětí. Typ klasifikovaný v dětství jako jistý nebo bezpečný se v dospělosti označuje jako autonomní nebo svobodný; nejistý vyhýbavý typ jako znehodnocující či distancovaný a nejistý ambivalentní jako zapletený či zaujatý. Pokud se

zjistí známky traumatizace, mluví se o nezpracovaném typu, který odpovídá dětskému dezorganizovanému – dezorientovanému typu.

14.4. Typologie reprezentace vztahové vazby v dospělosti u AAI

- *Bezpečná autonomní vazba – Kategorie F.* Lidé patřící do této kategorie považují zkušenosti se vztahovou vazbou za důležité. Jsou si vědomi jejího vlivu na vlastní život. Pokud jde o zkušenosti ve vztazích, jsou svobodní a objektivní. Vykazují svobodu v hodnocení vztahů. Mohou svobodně hovořit o pozitivních i negativních vzpomínkách ze svého dětství, které souvisí se vztahovou vazbou. Uvědomují si velkou hodnotu vztahů a jejich popisy jsou orientované na realitu. Potvrzují svou potřebu druhých lidí. Potřebují se o druhé občas opřít, druzí jim někdy chybí. Mají potřebu být někomu k dispozici. Jsou schopni partnerství, které zohledňuje také potřeby druhého člověka. Jsou otevření změnám v současných názorech a relativně lehko přijímají vlastní nedokonalost a také nedokonalost rodičů a jiných důležitých osob. Projevují soucit a umí odpouštět. Neidentifikovali se s negativními zkušenostmi ve vztahu s rodiči v tom smyslu, že by si mysleli, že si zaslouží tresty, zneužívání, týrání aj. V průběhu interview, umí novým způsobem hodnotit události, o kterých mluví z dnešního pohledu. Tito lidé se v průběhu interview jeví jako svobodní při vyjadřování svých myšlenek a emocí. Mají jasno ve vztahových zkušenostech s rodiči a rozumí jejich vlivu na současné myšlení. V průběhu interview působí uvolněně.

- *Znehodnocování vztahové vazby – Kategorie DS.* Tito lidé znehodnocují vztahovou vazbu jako něco nedůležitého. Případně jsou odpojeni (distancováni) od vztahových zkušeností. Vztahovou vazbu znehodnocují. Snaží se snižovat význam a vliv vztahů na myšlení, prožívání a jednání v běžném životě. Zdůrazňují svou sílu, normalitu vlastních zkušeností a především svou nezávislost. Vnitřní logika takového postoje je: pokud je člověk silný a ne slabý, nepotřebuje žádnou pomoc a neriskuje odmítnutí, pokud by žádal o pomoc. Silné a samostatné osobnosti nepotřebují žádné vztahové vazby, protože pro ně nejsou důležité. Tímto postojem zřejmě zmírňují úzkost z odmítnutí.

Zkušenosti ze vztahových vazeb považují za nedůležité, bagatelizují bolestivé výchovné metody rodičů anebo nedostatek přijetí a opory. Často popisují negativní zážitky bez emocí anebo je hodnotí jako normální, ačkoliv podle hodnocení pozorovatele vybočují z normy. Možné negativní vlivy rodičovského chování popírají.

Někdy pohrdají vztahovými osobami a zážitky s nimi považují za bezvýznamné. Tím dosahují toho, že jejich připoutávající systém zůstává neaktivní. Taková osoba je slepá vůči odmítnutí či emocím, které by v nich jinak mohly být vyvolány. S tématem připoutání nakládají velmi abstraktně, jako by byli odpojeni od skutečných vzpomínek. Charakterizuje je časté zdůrazňování toho, že si na zážitky z dětství nevzpomínají.

- Zapletená, zaujatá vztahová vazba – Kategorie E. Při hodnocení raných zážitků či

vztahových vazeb nejsou objektivní. Vyprávění o minulosti a rodinných vztazích jsou nejasná. Osoby se vyjadřují pasivně, vágně a úzkostně a zdají se být pohlceni emocemi, takže nedokážou své vztahy analyzovat ani je reflektovat. Hodnocení zážitků ze vztahové vazby jsou proměnlivá, ambivalentní a nejasná. Špatně se soustředí na průběh interview. Mají sklon vnášet do interview současné vztahy namísto vztahů raných. Často nezpracovaně, nereflektovaně a doslovně opakují dřívější či aktuální dialogy s matkou či otcem. Biografie týkající se vztahových vazeb i jejich současného hodnocení, zůstávají výzkumníkovi nejasné.

- *Status U* - Tento status se přidává k výše popsaným kategoriím F, DS, E. Odpovídá dezorganizované/ dezorientované vazbě u dětí. Poukazuje na nezpracované trauma ve vztahové vazbě spolu s dezorganizačními vlivy na myšlení a cítění. Za trauma ve vztahové vazbě se považuje ztráta osoby, na kterou měl člověk vztahovou vazbu. Může jít i o ztrátu sourozence. Může se jednat o týrání nebo zneužívání vztahovou osobou. Spoluprožívání nebezpečného zranění nebo nemoci blízkého, k němuž je vytvořeno pouto. Při interview se může objevit smutek v řeči, anebo nelogické vyprávění při hovoru o traumatu, které je způsobeno nedostatečným zpracováním traumatu. Mohou vzniknout pocity viny, ačkoliv daná osoba nemohla z objektivních důvodů neštěstí zabránit. U zneužívané osoby se může objevit strach z toho, že zešílí. Někdy se zdá, že vyprávějící jsou místně dezorientováni.

Metodika AAI je náročná na čas a náročné je také její vyhodnocování. Vyžaduje školené vnímání komplexních psychologických procesů. Platnost klasifikace v chování určité osoby v jejích blízkých vztazích byla potvrzena jednak na základě modalit chování vůči vlastnímu dítěti a též při klinických výzkumech (Grossmann, Grossman 2004). Takto získaná klasifikace vnitřních pracovních modelů je objektivní a spolehlivá, ověřena s dobrým výsledkem.

14.5. Projektivní testy vztahové vazby u dospělých

K zaznamenání vnitřních pracovních modelů u dospělých, byla vyvinutá také projektivní metoda: projektivní test vztahové vazby u dospělých (Adult Attachment Projective – AAP).

Metodu rozpracovali autoři C. M. George a W. O. Pettem (1999), blízcí spolupracovníci M. Main, kteří se též účastnili tvorby AAI. Vyplnění AAI, jeho přepis a analýza textu jsou velmi časově náročné. Autorka vycházela z předpokladu, zachycení obranných mechanismů a především zlehčení metody z hlediska časové náročnosti a analýzy výsledků.

Projektivní test vztahové vazby u dospělých je založený na projekci. Testovaná osoba je požádána, aby vyprávěla příběh k obrázkům, které mají aktivovat emoce související se vztahovou vazbou. Obrázky jsou jen obrysy a mají málo detailů. Výroky testovaných osob ke kresbám, na kterých jde o samotu, smutek a připoutávající chování, umožňují získat údaje o vnitřních představách týkajících se dostupnosti a spolehlivosti vztahových vazeb. Sled obrázků je zvolený tak, aby stále více aktivoval systém vztahové vazby. Osoba nejprve popisuje, co vidí, a potom co asi vedlo k situacím na obrázku, co si osoby na obrázku myslí a co bude následovat.

Klasifikace AAP je založena na ukazatelích, které se týkají obsahu obranných procesů a kvality logického myšlení. Tyto ukazatele obsahují koncepty týkající se například: bezpečné základny, sebereflexe, sebevyjádření, schopnosti jednat a konstruktivně řešit stres a problémy.

J. Bowlby (2001) uvádí tři základní obranné mechanismy: deaktivace emocí v souvislosti se vztahovou vazbou tak, že ji člověk popírá, minimalizuje anebo znehodnocuje; kognitivní oddělení, kdy vedle sebe nepropojeně existují pozitivní a negativní emoce související se vztahovou vazbou; a nepropojené systémy. Nepropojené systémy se v osobních biografiích týkají traumatických událostí, které jsou mimo hranice myšlenkového celku, jsou neorganizované a neintegrovány. Rozpoznání těchto obranných mechanismů je centrálním bodem AAP.

Rozdílem AAP proti AAI je to, že se vyšetřovaných osob neptáme na jejich vlastní zážitky, ale vždy jen na osoby z obrázků. Předpokládáme že, se aktivují jejich osobní biografické zážitky. Klasifikace se i zde děje na základě myšlenkových vzorců, které se při testování manifestují.

14.6. Typologie reprezentace vztahové vazby v dospělosti u AAP

Charakteristika typu připoutání, je stejně jako u AAI charakterizována obsahem a formou řeči testovaných osob. Typologie reprezentace vztahové vazby je zde stejná jako u AAI.

- *Bezpečně – autonomně* připoutané osoby projevují souvislost, jemnost a otevřenost. Obsahy prepisů jejich výpovědí působí živě, nejsou zde velké přestávky a jejich životní příběhy jsou srozumitelné a dají se dobře sledovat. Obsahově se objevuje zvnitřněná spolehlivost vztahových osob. Případné traumatické zážitky jsou zpracované a integrované.

- *Nejistě – distancovaně* připoutané osoby minimalizují význam vazby, zlehčují význam zátěže a snaží se potřebu vztahové vazby vynechat. Vztah popisují z hlediska funkčnosti, ale chybí zde osobní náklonnost, závázanost a odpovědnost.

- *Nejistě – zapletené* osoby vykazují známky emočního zmatku, nejistoty, ambivalence a zapletenosti, které se týkají jak zkušeností ve vztazích, tak emocí. Především se u nich mísí zlost a smutek. Osoby na obrázku často nejsou schopny činu, jsou izolované, pasivní a jejich touha po osobním závazku je minimální.

- Při *nezpracované vztahové vazbě* se objevují oddělené mentální modely, které existují odloučeně od vědomí. Objevují se náhle při popisu příběhů, které se pojí s emocemi opuštění, zranění nebo ohrožení a vyprávějící je nemohou regulovat. Projevuje se neschopnost problém řešit a integrovat ho do vnitřní mentální struktury.

K. Grossmann a K. E. Grossmann (2004) hodnotí AAP jako spolehlivou metodu, která vysoce koreluje s hodnoceními získanými pomocí AAI. V klasifikaci jisté a nejisté vazby byla shoda 89% a dosáhla 82% shodu pro čtyři hlavní kategorie F, DS, E a U. Úspornost této metody je oproti AAI značná. Přepis AAI má kolem 20 stran. U AAP to bývají 3 – 4 strany. Pro identifikaci vnitřních pracovních modelů je AAP spolehlivým nástrojem. Konstrukt vnitřních pracovních modelů, ke kterému se uvedenými testy snažíme přiblížit, umožňuje predikovat zacházení jedince se svými blízkými v současnosti.

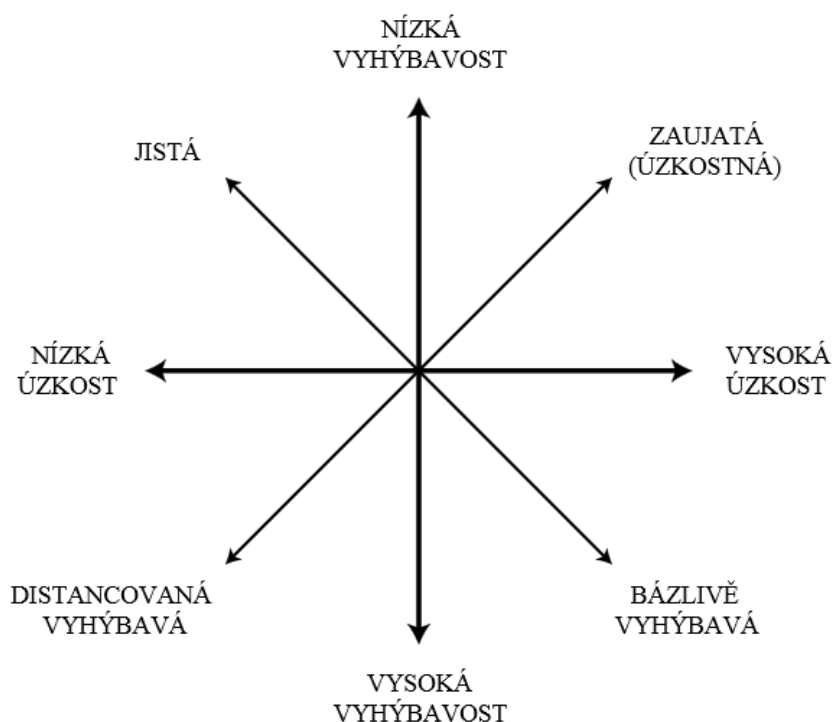
14.7. Sebehodnotící testy vztahové vazby u dospělých

Autoři, kteří pokračovali v rozvoji metody zjišťování vztahové vazby, se později zaměřili například na vazby vnikající v rámci dospělých milostných vztahů (Hazan, Shaver, 1987). Pokoušeli se v těchto typech vztahů ustavit tři typy vazby, které klasifikovala Mary Ainsworth et. al. (1987) ve svých studiích vztahů mezi matkou a dítětem.

Na jejich snahy reagovali další autoři, kteří rozdělili popisy typů vazby do položek dělitelných na možnost souhlasu a nesouhlasu. Položky podrobili faktorové analýze a převedli je do škál. K. Bartholomew (1990; Bartholomew, Horowitz, 1991) navrhl používat čtyř-položkové schéma. Toto schéma zahrnovalo tři položky, které navrhli autoři Hazan a Shaver. Čtvrtou přidanou položkou byl druhý styl vyhýbavosti (distancovaná vyhýbavá vazba)

založený na stejné klasifikaci jako je tomu v AAI (Main, Kaplan, Cassidy, 1985). Autoři zdůrazňovali nutnost rozložení čtyř typů vazby do dvojdimenzionálního prostoru. První z nich, vztahová úzkost, je definována jako strach z odmítnutí, ze separace a z opuštění. Druhá z nich, vztahová vyhýbavost, je definována jako nepohoda v intimních situacích a v situacích podněcujících k závislosti na druhém člověku (Brennan, Clark, Shaver, 1998).

Obr. 1 Schéma typologie vztahové vazby v dospělosti



Přehled sebehodnotících testů vztahové vazby v dospělosti:

1. Hazan and Shaver (1987). Původní sebezposuzující nástroj k měření dospělých milostných vztahů. Autory lehce přepracovaný (Hazan, Shaver, 1990).

2. Vztahový dotazník („The Relationships Questionnaire – RQ) – vyvinul K. Bartholomew a byl publikován K. Bartholomewem a L. M. Horowitzem (1991)- Tento sebezposuzující nástroj byl vyvinut k vyhodnocení čtyř typů vztahových vazeb u dospělých. Tento nástroj není v současnosti příliš používán, protože později ustavené výzkumné nástroje se zaměřují především na vyhodnocování vícepoložkových seznamů k ustavení základních vztahových konstruktů.

3. Dotazník zkušenosti v blízkých vztazích („Experiences in Close Relationships“ – ECR). Tento dotazník je sebehodnotící nástroj sloužící ke zjištění zkušenosti v blízkých vztazích u dospělých osob vyvinutý K. A. Brennanem (1998). Obsahuje 36 položek, které byly získány z faktorové analýzy dosud existujících sebehodnotících dotazníků, které vyhodnocují milostné vztahy v dospělosti. Nástroj může být použit k vytvoření dvou škál. Škály vztahové vyhýbavosti (nepohoda v situaci blízkosti a závislosti na druhém člověku) a škály vztahové úzkosti (strach z odmítnutí a opuštění). Ze dvou škál Brennan vyvodil čtyři typy kategorií, které lépe odpovídají proměnným konstruktové validity než je tomu u RQ.

4. Přepracovaný dotazník zkušenosti v blízkých vztazích („Experience in Close Relationships Revised“ - ECR – R). Tento dotazník vyvinuli autoři R. C. Fraley, N. G. Waller a K. A. Brennan, (2000). Jde o sebehodnotící dotazník zkušenosti v blízkých vztazích v dospělosti a obsahuje také 36 sebehodnotících položek. Tyto položky byly vyvozeny na základě analýzy odpovědí na jednotlivé položky („Item response theory – IRT) dosud existujících sebehodnotících dotazníků, které vyhodnocují milostné vztahy v dospělosti. Stejně jako ECR, také ECR – RS tvoří dvě škály. Škálu vztahové úzkosti a škálu vztahové vyhýbavosti.

5. Dotazník vztahových struktur („Experiences in Close Relationships – Relationship Structures“ – ECR – RS). Je sebehodnotící dotazník blízkých vztahů v dospělosti. Je také relativně krátký a vyvinutý pro výzkumníky, kteří se chtějí zaměřit na sledování jednotlivých vztahů k vybraným osobám. Umožňuje hodnotit blízké vztahy v kontextu dalších blízkých vztahů. Konkrétně, je vyvinut k hodnocení míry vztahové úzkosti a vyhýbavosti napříč různými blízkými vztahy. Například může být použit na měření vztahu k rodičům, partnerovi/ partnerce, kamarádovi/ kamarádce. Tento dotazník používáme v naší práci ke sledování reprezentace vztahové vazby u závislých pacientů.

Pro orientaci v různých typech dotazníků vztahové vazby je důležité vědět, že sebehodnotící dotazníky dospělých milostných a jiných blízkých vztahů a dotazník AAI, byly původně vyvinuty nezávisle na sobě pro různé účely. První zmíněné se dotazují na pocity a chování respondentů v souvislosti s dospělými milostnými či jinými blízkými vztahy. Dotazník AAI sleduje psychické obrany související se současným dospělým stavem mysli, který těsně souvisí se vztahy s rodiči v dětství. V podstatě se obojí může zdát výrazně propojené, ale fakticky jsou sledované proměnné propojené jen mírně. Alespoň podle závěrů současných pozorování. Konstruktová validita prvních je odvozena především ze studií dospělých milostných vztahů u AAI je odvozena od predikce chování dítěte v testu neznámé situace. Vzájemná souvislost dvou typů měření s ostatními proměnnými je slabá. Přesto existují studie, které nacházejí souvislosti mezi výsledky AAI a kvalitou manželství anebo sebehodnocením v milostném vztahu a vztahem k vlastním dětem (Rholes, Simpson, Blakely, 1996; Rholes et al., 1997).

15. Cíl výzkumu a výzkumné hypotézy

Hlavním cílem výzkumu bylo ověřit míru úzkosti a míru vyhýbavosti u drogově závislých pacientů ve vztahu k matce a k otci a k partnerovi/ partnerce a nejlepšímu kamarádovi/ kamarádce a porovnat ji s mírou úzkosti a vyhýbavosti u respondentů z kontrolní skupiny, kteří nejsou závislí na návykových látkách. Podle teorie vztahové vazby to znamená ověření předpokladu, že závislí pacienti prokazují nižší míru jistoty ve vztahu k primárním pečujícím osobám a k partnerovi/ce a nejlepšímu kamarádovi/ce, než respondenti z kontrolní skupiny, kteří nejsou závislí na návykových látkách.

Z původních studií o vztahové vazbě je známo, že pokud se nedaří vybudovat základní vztah mezi matkou a dítětem, stává se rizikovým faktorem pro další vývoj dítěte a také pro jeho budoucí vztahy. Z toho důvodu zkoumáme kromě vztahu k primárním pečujícím osobám, také vztah partnerský a kamarádský.

V rámci tohoto cíle jsme se zaměřili na testování dílčích hypotéz:

H1. Drogově závislí pacienti prokazují vyšší míru úzkosti a vyhýbavosti ve vztahu k matce než respondenti z kontrolní skupiny, kteří nejsou závislí na drogách.

H2. Drogově závislí pacienti prokazují vyšší míru úzkosti a vyhýbavosti ve vztahu k otci než respondenti z kontrolní skupiny, kteří nejsou závislí na drogách.

H3. Drogově závislí pacienti prokazují vyšší míru úzkosti a vyhýbavosti ve vztahu k partnerovi/ partnerce než respondenti z kontrolní skupiny, kteří nejsou závislí na drogách.

H4. Drogově závislí pacienti prokazují vyšší míru úzkosti a vyhýbavosti ve vztahu k nejlepšímu kamarádovi/ kamarádce než respondenti z kontrolní skupiny, kteří nejsou závislí na drogách.

Dalším krokem výzkumu bylo zobrazení dosažených výsledků v dvojdimenzionálním prostoru, čímž jsme získali přehled o typologii vztahové vazby. Autoři R. C Fraley a N. G. Walter (1998) doporučují pro zobrazení vztahové vazby dvoudimenzionální prostor definovaný dvěma osami. Mírou vztahové úzkosti (horizontální osa) a mírou vztahové vyhýbavost (vertikální osa).

16. Typ výzkumu a kritéria výběru

Vzhledem k tomu, že výzkumů na námi sledované téma je u dané skupiny málo a v ČR pravděpodobně žádný, zvolili jsme jako typ výzkumu mapující výzkumný projekt popisně zjišťovací (Mikšík, 1986), resp. přehledový výzkum (Srnc, 2006) s kvantitativní metodologií zpracování dat. Zároveň má tento přehledový mapující projekt dimenzi korelačního výzkumu. Umožňuje sledovat a korelovat proměnné jako závislost a nezávislost na návykové látce s výsledky získanými na stupnicích vztahové vyhýbavosti a úzkosti.

Pro výběr experimentální skupiny jsme zvolili jedno kritérium – diagnostikovaná závislost na návykové látce (podle MKN – 10: F10 – F19) tj duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (Palčová, 2006). Pro výběr kontrolní skupiny jsme zvolili kritérium – nediagnostikovaná závislost na návykové látce. Kontrolní skupinu jsme se snažili vyrovnat z hlediska věku a pohlaví.

17. Metodologie a použité metody

Abychom zajistili dostatečný počet respondentů a zároveň ošetřili kritérium závislosti, sebrali jsme data v terapeutických komunitách pro drogově závislé v ČR. V případě experimentální skupiny jsme použili metodu skupinového výběru. Měli jsme jasnou představu o výběrovém rámci, z něhož chceme tvořit vzorek, ale v praxi není možné získat seznamy všech pacientů, kteří zneužívají návykové látky. Skupina závislých, kteří se léčí v terapeutické komunitě je v praxi dosažitelná a vzhledem ke sledované problematice, je ve stabilizovaném stavu a schopna spolupráce.

V případě kontrolní skupiny jsme použili metodu stratifikovaného náhodného výběru (Miovský, 2006). Kontrolní skupinu jsme se snažili vyrovnat z hlediska věku a pohlaví vzhledem k experimentální skupině. V průběhu sběru dat v terapeutických komunitách se ukázalo, že věkový průměr respondentů je 31 let. Z tohoto důvodu se na sběru dat kontrolní skupiny podíleli studenti, kteří mají nejbližší k této věkové skupině.

Oslovení potenciálních členů výzkumného vzorku proběhlo dvojím způsobem:

1. U experimentální skupiny jsme e-mailem a poté telefonicky oslovili vedoucí terapeutických komunit, kteří probrali možnost výzkumu s klienty terapeutických komunit. Data o této cílové skupině sebrala řešitelka projektu osobně.
2. U kontrolní skupiny jsme oslovili studenty katedry psychologie. Ti, kteří měli zájem participovat na výzkumném záměru, dostali kritéria výběru respondentů a standardizované dotazníky. Každý student sebral cca 10 dotazníků.

18. Výzkumný nástroj

Pro náš výzkum, jsme s ohledem na cílovou skupinu a množství potřebných dat, zvolili sebehodnotící zaškrtačací dotazník:

Experiences in Close Relationships – Revised Questionnaire (ECR-RS)

Tento výzkumný nástroj dosud nebyl v České republice použit, a proto jsme nejprve kontaktovali autora s žádostí o možnost použití dotazníku. Prof. R. Chris Fraley, PhD. z University of Illinois at Urbana-Champaign laskavě souhlasil. Poté jsme dotazník přeložili do českého jazyka. Použili jsme metodu zrcadlového překladu. Na překladu se podílely dvě klinické psychologyně, které kromě psychologické praxe také překládají odbornou literaturu z Anglického jazyka.

Fraley et. al., (2011) popisuje Dotazník vztahových struktur (ECR-RS) jako sebehodnotící nástroj, který vyhodnocuje vztahová schémata v různých blízkých vztazích. Devět stejných položek zjišťuje dva skóry, míru vyhýbavosti ve vztahu a míru úzkostnosti ve vztahu s ohledem na čtyři stanovené cíle (například ve vztahu k matce, otci, partnerovi/partnerce, nejlepšímu kamarádovi/kamarádce).

Položky jsou hodnoceny na sedmibodové stupnici Likertova typu (od 1 – rozhodně nesouhlasím, po 7 – rozhodně souhlasím). Jsou sestaveny tak, že mohou být použity ke sledování různých mezilidských vztahů v různých věkových skupinách. Devět zmiňovaných položek je také možné použít ke sledování jednoho vztahu, a proto může být tento nástroj použit také jako devítipoložková verze revidovaného dotazníku zkušenosti v blízkých vztazích (ECR-R). Autoři (Fraley, Waller, Brennan, 2000; Fraley et. al., 2006) popisují tento nástroj také jako sebehodnotící dotazník. Zaměřuje se na obecný pocit v blízkých vztazích (nikoliv na jeden určitý vztah) také s ohledem na míru úzkostnosti a vyhýbavosti. ECR – R má 36 položek.

Výzkumný nástroj ECR – RS se ukázal být spolehlivý (Fraley et. al., 2011). Byl prověřen test-retestovou reliabilitou (po třiceti dnech), která je u obou škál .65 pro partnerské vztahy a .80 pro vztahy s rodiči.

18.1. Sledování jednoho specifického vztahu

Pro každý vztah (např. matka, otec, partner/partnerka, kamarád/ kamarádka), jehož kvality chceme zjišťovat, počítáme dva skóry (vztahovou úzkost a vztahovou vyhýbavost). Skór vztahové vyhýbavosti zjistíme zprůměrováním položek 1 – 6, kdy položky 1, 2, 3 a 4 jsou reverzně kódované. Skór vztahové úzkosti zjistíme zprůměrováním položek 7 – 9. Oba skóry se pro různé vztahy počítají odděleně.

V rámci ECR – RS lze sledovat také celkové nastavení ve vztazích. K vytvoření celkového vztahového nastavení se jednoduše zprůměrují skóry jednotlivých sledovaných vztahů. Celkový skór vztahové vyhýbavosti vznikne zprůměrováním výsledku vyhýbavosti k matce, otci, partnerovi/ partnerce a kamarádovi/ kamarádce. Stejně tak, celkový skór vztahové úzkosti vznikne zprůměrováním výsledku vyhýbavosti k matce, otci, partnerovi/ partnerce, kamarádovi/ kamarádce. Problémem této metody průměrování je, že všem vztahům dodává stejnou váhu. Její použití záleží především na povaze výzkumu. V našem výzkumu jsme tuto možnost, zjištění celkového nastavení ve vztazích, nevyužili.

Položky dotazníku:

Když něco potřebuji, pomůže mi obrátit se na tuto osobu.

S touto osobou obvykle rozebírám své problémy a starosti.

S touto osobou probírám věci.

Je pro mě snadné být na této osobě závislý.

Není mi příjemné se této osobě otvírat.

Této osobě raději neukazuji, jak se v hloubi duše cítím.

Často se obávám, že tato osoba o mě skutečně nestojí.

Bojím se, že tato osoba mne může opustit.

Obávám se, že tato osoba o mě nebude stát tolik, jako já o ni.

Instrukce k vyplnění dotazníku:

1. Prosím, odpovězte na následující otázky o své matce nebo mateřské postavě.
2. Prosím, odpovězte na následující otázky o svém otci nebo otcovské postavě.
3. Prosím, odpovězte na následující otázky o svém partnerovi/ partnerce nebo manželovi/ manželce. Poznámka: pokud v současné době nemáte partnera/ partnerku nebo manžela/ manželku, odpovězte na tuto otázku s ohledem na vztah k poslednímu partnerovi/ partnerce, manželovi/ manželce anebo popište, jak byste si přáli, aby vztah vypadal. V případě našeho výzkumu jsme v případě neexistence manžela či partnera od vyplnění položky upustili.
4. Prosím, odpovězte na následující otázky o svém nejlepším kamarádovi/ kamarádce.

Vztahová vazba v dospělosti se také popisuje jako stav mysli dospělého člověka ve vztahu k vazbě z dětství. Můžeme říci, že se jedná o reprezentaci vztahové vazby. Je definována čtyřmi kategoriemi, které odpovídají způsobu, jak se člověk cítí ve vztahu s druhými lidmi: jistá reprezentace vztahové vazby, zaujatá (úzkostná) reprezentace vztahové vazby, distancovaná vyhýbavá reprezentace vztahové vazby a bázlivě vyhýbavá reprezentace vztahové vazby.

Jak uvádějí K. A. Brennan, C. L. Clark a P. R. Shaver (1998) jsou vhodným nástrojem pro popis organizace citové vazby dvě škály ustavené již M. Ainsworth (1985). Jde o škálu vyjadřující míru úzkosti ve vztahu (attachment anxiety) a škálu vyjadřující míru vyhýbavosti ve vztahu (attachment avoidance). Někteří lidé jsou ve vztazích úzkostnější než ostatní. Mají tendenci trápit se tím, jestli je mají druzí doopravdy rádi a často se bojí odmítnutí. Méně

úzkostní lidé se takovými otázkami příliš nezabývají. Druhý způsob je míra vyhýbavosti ve vztahu. Lidé, kteří jsou více vyhýbaví ve vztazích, se necítí příliš dobře, když se mají spoléhat na druhé, ocitnout se v závislosti na nich, anebo se jim otevřít v situaci emoční blízkosti.

R. C. Fraley a N. G. Walter (1998) doporučují pro zobrazení vztahové vazby dvoudimenzionální prostor definovaný dvěma osami. Mírou vztahové úzkosti (horizontální osa) a mírou vztahové vyhýbavosti (vertikální osa). Přibližná pozice v tomto prostoru určuje reprezentaci vztahové vazby následovně:

- jistá reprezentace vztahové vazby je prostor spojený s nízkou mírou úzkosti a nízkou mírou vyhýbavosti,

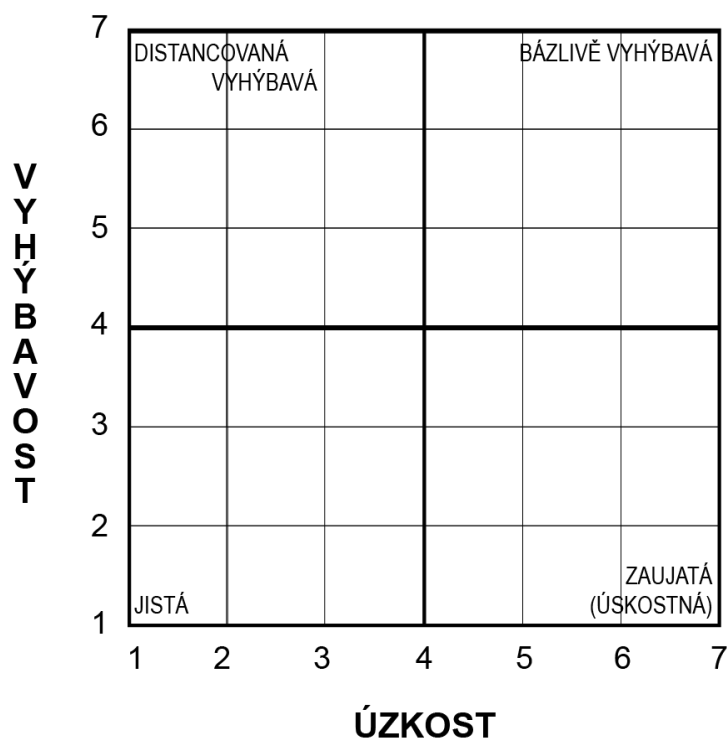
- zaujatá (úzkostná) reprezentace vztahové vazby je prostor definovaný vysokou mírou úzkosti a nízkou mírou vyhýbavosti,

- distancovaná vyhýbavá reprezentace vztahové vazby je prostor definovaný vysokou mírou vyhýbavosti a nízkou mírou úzkosti,

- bázlivě vyhýbavá reprezentace vztahové vazby je prostor definovaný vysokou mírou úzkosti a vysokou mírou vyhýbavosti.

V našem výzkumu používáme rozdělení do kvadrantů pouze jako ilustrativní doplnění výsledků o škálách úzkosti a vyhýbavosti ve vztahu. Rozdělení do kvadrantů totiž nepočítá s přirozenými odchylkami v odpovědích, což je v případě zmíněných škál ošetřeno.

Obr. 2 Grafické zobrazení typu vztahové vazby v souřadnicích os vztahové úzkosti a vztahové vyhýbavosti



18.2. Typologie vztahové vazby v dospělosti podle ECR - RS

Jistá reprezentace vztahové vazby: cítí se dobře ve vztahové blízkosti a nezávislosti. Lidem jistě připoutaným nedělá problém spoléhat ve vztahu na druhé ani být tím, na které se druzí mohou spolehnout. Také se příliš nezabývají tím, jestli na nich ostatním příliš záleží, nebo ne.

Zaujatá (úzkostná) reprezentace vztahové vazby: v mysli stále zaujatí nevyřešenými vztahovými záležitostmi. Stále se obávají, zda pro ně druzí lidé budou či nebudou dostupní, když je budou potřebovat. Rádi by se na druhé spoléhali a byli spolehlivými pro ně, ale cítí, že vztahy nejsou reciproční.

Distancovaná vyhýbavá reprezentace vztahové vazby: opomíjí a neberou v úvahu možnost vztahové blízkosti. Brání se vztahové závislosti. Neradi se otevírají druhým lidem. Neradi se na druhé spoléhají a jsou neradi, když se druzí chtějí spoléhat na ně. Nezabývají se otázkou, jestli na nich ostatním lidem záleží.

Bázlivá vyhýbavá reprezentace vztahové vazby: obávají se vztahové blízkosti. Ve vztazích se chovají vyhýbavě. Neradi se spoléhají na druhé a neradi jsou jejich vztahovou osobou. Navíc se stále obávají, že pro ně druzí lidé nebudou emočně dostupní, když to budou potřebovat.

19. Vlastní realizace výzkumu

Při realizaci výzkumu jsme postupovali ve čtyřech krocích:

a) Fáze přípravná. V této fázi jsme oslovili vedoucí všech terapeutických komunit pro drogově závislé v České Republice s prosbou o spolupráci na výzkumu. Devět vedoucích TK na spolupráci přistoupilo. Komunikace probíhala pomocí elektronické pošty a poté telefonicky. Domluvili jsme termíny návštěv TK a způsob sběru dat.

b) Fáze předvýzkumu. Srozumitelnost a vhodnost české verze dotazníku ECR – RS byla ověřena na malém vzorku 15 pacientů v terapeutické komunitě. Výsledkem předvýzkumu byla úprava jedné položky dotazníku, 12 formulářů bylo zařazeno do vlastního výzkumu.

c) Fáze vlastního zahájení výzkumu. Vlastní výzkum probíhal v roce 2012 formou přímého kontaktu. Řešitelka výzkumu navštívila osobně terapeutické komunity Fenix, Fides, Magdalena, Němčice, Karlov, White Light, Advaita, Krok, Renarkon. Sběr dat proběhl formou skupinového setkání s pacienty TK, kteří byli na situaci připraveni terapeuty a souhlasili s anonymním šetřením. Každý pacient obdržel zaškrťovací dotazník ECR – RS. Touto formou bylo získáno 126 dotazníků, do výzkumu bylo zařazeno 103. Sběr dat kontrolní skupiny zajistili studenti v rámci předmětu „Účast na výzkumu“. Práce studentů na sběru dat byla ohodnocena kredity. Nejprve byli osloveni studenti psychologie elektronickou poštou. Následně proběhla informační schůzka, kde byli informováni o samotném výzkumu a o způsobu sběru dat. Obě skupiny jsme vyrovnávali z hlediska věku, pohlaví a dosaženého vzdělání. Ke spolupráci se přihlásilo celkem 12 studentů. Každý měl za úkol sebrat deset dotazníků. Po měsíci proběhla druhá, závěrečná schůzka. Celkem studenti sebrali 114 dotazníků. Do výzkumu bylo zařazeno 105 dotazníků.

d) Fáze kategorizace dat a jejich statistického vyhodnocení pomocí programu SPSS, který umožňuje jejich kvantitativní analýzu prováděním statistických operací na kategorizovaných datech.

e) Fáze závěrečného zpracování a prezentace dat na AT konferenci 2013, Konferenci pracovníků terapeutických komunit a v zahraničním časopise Psychiatria – Psychoterapia – Psychosomatika a v Suplementu časopisu International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine.

20. Etické otázky výzkumu

Vyplnění dotazníku bylo anonymní a dobrovolné. Pacienti TK vyplňovali dotazník dobrovolně, a po podepsání Informovaného souhlasu. Na schůzku spojenou s vyplněním dotazníků byli předem připraveni svými terapeuty a před vyplněním dotazníku byli seznámeni řešitelkou výzkumu s jeho smyslem a účelem. Byla jim též přislíbena možnost seznámit se s výsledky výzkumu.

Při statistickém zpracování bylo pracováno pouze s anonymizovanými daty a získaná data jsou využita pouze pro výsledky výzkumu, zaměřeného na reprezentaci vztahové vazby u drogově závislých pacientů. Výsledky výzkumu byly formou odborného článku rozeslány do všech spolupracujících terapeutických komunit, kde jsou k dispozici pacientům i terapeutickému týmu. Výsledky byly též prezentovány na Konferenci pracovníků terapeutických komunit, které se účastnili zástupci všech spolupracujících terapeutických komunit. Výsledky výzkumu byly formou odborného článku rozeslány i spolupracujícím studentům.

21. Popis souboru

Experimentální skupinu zastupují klienti procházející léčbou v terapeutické komunitě napříč všemi léčebnými fázemi. Data byla sebrána v devíti komunitách v České republice. V experimentální skupině bylo 62 mužů (což představuje 60,2 % zkoumaného vzorku) a 41 žen (39,8 %). Věkový průměr respondentů je 31 let. Základní vzdělání uvedlo 36 respondentů (35%), středoškolské 65 (63,1 %) a vysokoškolské 2 respondenti (1,9 %).

V kontrolní skupině bylo 51 mužů (48,6 %) a 54 žen (51,4 %). Průměrný věk je 27 let. Základní vzdělání uvádí 26 respondentů (24,8 %), středoškolské 78 respondentů (74,3 %) a vysokoškolské 1 respondent (1 %).

V našem výzkumu nesledujeme proměnné typu pohlaví, věk nebo vzdělání. Zajímá nás pouze závislost nebo nezávislost na návykové látce a míra úzkosti a vyhybavosti, potažmo typ reprezentace vztahové vazby k matce, k otci a k partnerovi/partnerce, nejlepšímu kamarádovi/kamarádce. Proměnné typu pohlaví, věk a vzdělání slouží v tomto výzkumu jen pro specifikaci výzkumného vzorku.

Experimentální skupina - 103 klienti léčící se v terapeutické komunitě.

Kontrolní skupina - 105 osob z běžné populace vyrovnaných z hlediska pohlaví a věku.

Tab. 1 Experimentální skupina

Experimentální skupina	
Muž	60,2%
Žena	39,8%
Celkem	100%
Průměrný věk respondentů	31 let
Základní vzdělání	35%
Středoškolské vzdělání	63,1%
Vysokoškolské vzdělání	1,9%
Celkem	100%

Tab. 2 Kontrolní skupina

Kontrolní skupina	
Muž	48,6%
Žena	51,4%
Celkem	100%
Průměrný věk respondentů	27 let
Základní vzdělání	24,8%
Středoškolské vzdělání	74,3%
Vysokoškolské vzdělání	1%
Celkem	100%

22. Zjištěné výsledky a jejich interpretace

22.1. Výsledky škál úzkosti a vyhýbavosti

Rozdíl ve škálách vyhýbavosti a úzkosti byl testovaný neparametrickým testem pro dva nezávislé výběry – Mann Whitney U – test. Test prokázal, že experimentální skupina má signifikantně vyšší průměrné skóre ve škálách vyhýbavosti a úzkosti v porovnání s kontrolní skupinou ve vztahu k matce i k otci. Vyhýbavost ve vztahu k matce .004 a k otci .005. Úzkost k matce i k otci .000.

Tab. 3 Mann Whitney U test - Matka

	Matka vyhýbavost	Matka úzkost
Asymp. Sig. (2-tailed)	.004	.000

Tab. 4 Mann Whitney U test – Otec

	Otec vyhýbavost	Otec úzkost
Asymp. Sig. (2-tailed)	.005	.000

Rozdíl ve škálách vyhýbavosti a úzkosti byl testovaný neparametrickým testem pro dva nezávislé výběry – Mann Whitney U – test také ve vztahu k partnerovi/partnerce a nejlepšímu kamarádovi/kamarádce. Test prokázal, že experimentální skupina má signifikantně vyšší průměrné skóre ve škálách vyhýbavosti a úzkosti v porovnání s kontrolní skupinou ve vztahu k partnerovi/partnerce i ve vztahu k nejlepšímu kamarádovi/kamarádce. Vyhýbavost ve vztahu k partnerovi/partnerce ,042 a k nejlepšímu kamarádovi/kamarádce ,000. Úzkost ve vztahu k partnerovi/partnerce ,000 a ve vztahu k nejlepšímu kamarádovi/kamarádce ,000.

Tab. 5 Mann Whitney U test - Partner/Partnerka

	Partner/Partnerka vyhýbavost	Partner/Partnerka úzkost
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.042

Tab. 6 Mann Whitney U test – Nejlepší kamarád/kamarádka

	Nejlepší kamarád/ kamarádka vyhýbavost	Nejlepší kamarád/ kamarádka úzkost
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000

Na základě těchto výsledků můžeme říci, že drogově závislí pacienti prokazují výrazně vyšší míru úzkosti a vyhýbavosti ve vztahu k matce a otci i k partnerovi/partnerce a nejlepšímu kamarádovi/kamarádce, než respondenti z kontrolní skupiny, kteří nejsou závislí na drogách.

Podle teorie vztahové vazby to znamená, že drogově závislí pacienti jsou ve vztahu k matce a otci i ve vztahu k partnerovi/partnerce a nejlepšímu kamarádovi/kamarádce úzkostnější, než respondenti z kontrolní skupiny. Mají tendenci trápit se tím, jestli je mají rodiče, partneři a nejlepší kamarádi doopravdy rádi a často se bojí jejich odmítnutí. Vyšší míry vyhýbavosti pak ukazují na to, že se závislí pacienti necítí příliš dobře, když se mají na rodiče, partnery a nejlepší kamarády spolehnout, ocitnout se v závislosti na nich, anebo se jim otevřít v situaci emoční blízkosti.

22.2. Ověření platnosti sledovaných hypotéz

Na základě výsledků komentovaných v předchozí kapitole můžeme shrnout:

H1. Drogově závislí pacienti prokazují vyšší míru úzkosti a vyhýbavosti ve vztahu k matce než respondenti z kontrolní skupiny, kteří nejsou závislí na drogách.

Závěr: Hypotéza H1 je platná.

H2. Drogově závislí pacienti prokazují vyšší míru úzkosti a vyhýbavosti ve vztahu k otci než respondenti z kontrolní skupiny, kteří nejsou závislí na drogách.

Závěr: Hypotéza H2 je platná.

H3. Drogově závislí pacienti prokazují vyšší míru úzkosti a vyhýbavosti ve vztahu k partnerovi/ partnerce než respondenti z kontrolní skupiny, kteří nejsou závislí na drogách.

Závěr: Hypotéza H3 je platná.

H4. Drogově závislí pacienti prokazují vyšší míru úzkosti a vyhýbavosti ve vztahu k nejlepšímu kamarádovi/ kamarádce než respondenti z kontrolní skupiny, kteří nejsou závislí na drogách.

Závěr: Hypotéza H4 je platná.

22.3. Zobrazení typologie vztahové vazby v kvadrantech

Pokud zobrazíme dosažené výsledky v dvojdimenzionálním prostoru, získáme přehled o typologii vztahové vazby (Fraley, Walter, 1998). Rozdělení odpovědí v jednotlivých kvadrantech bylo testováno Pearson chí – kvadrát testem s výsledkem .001 u matky a .000 u otce; .002 u partnera/ky a .003 u kamaráda/dky. Můžeme říci, že v každé oblasti vztahové vazby jsou rozdíly signifikantní.

Tab. 7 Pearson Chi – Square Test

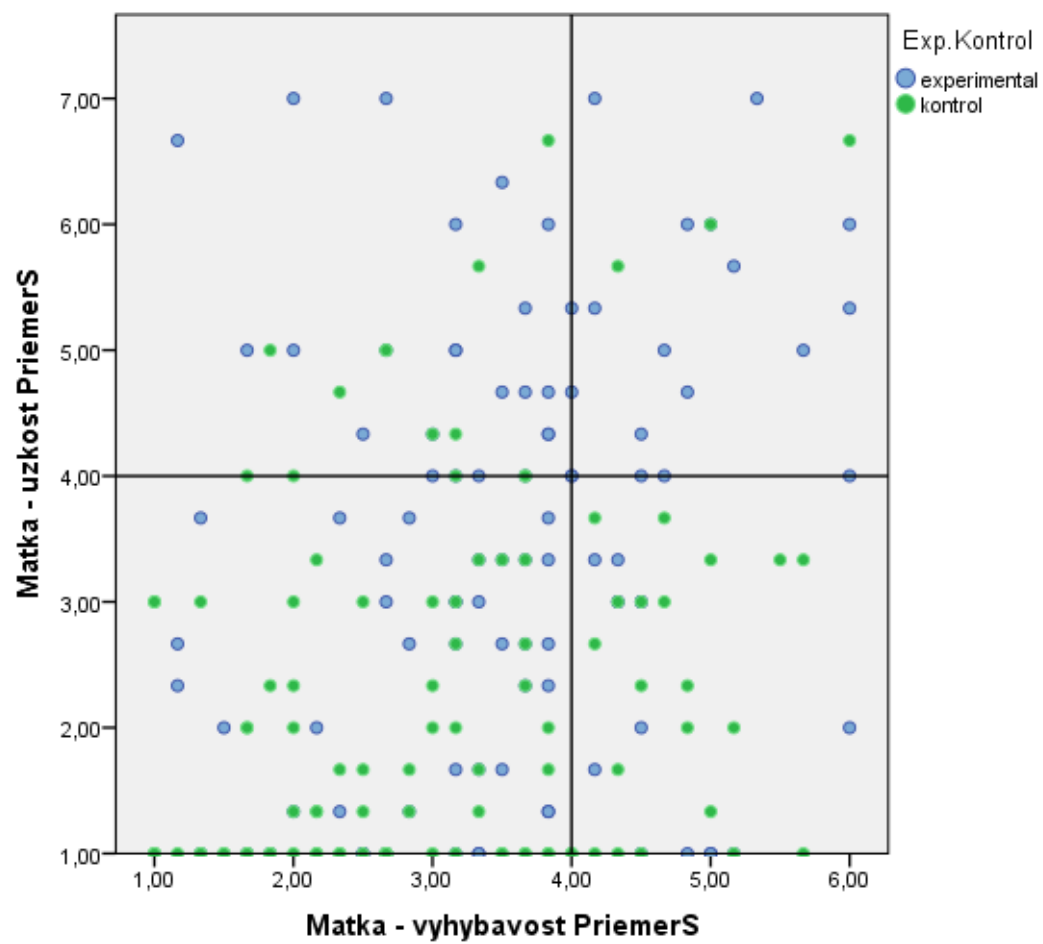
	Matka	Otec
Asymp. Sig. (2-sided)	.001	.000

Tab. 8 Pearson Chi – Square Test

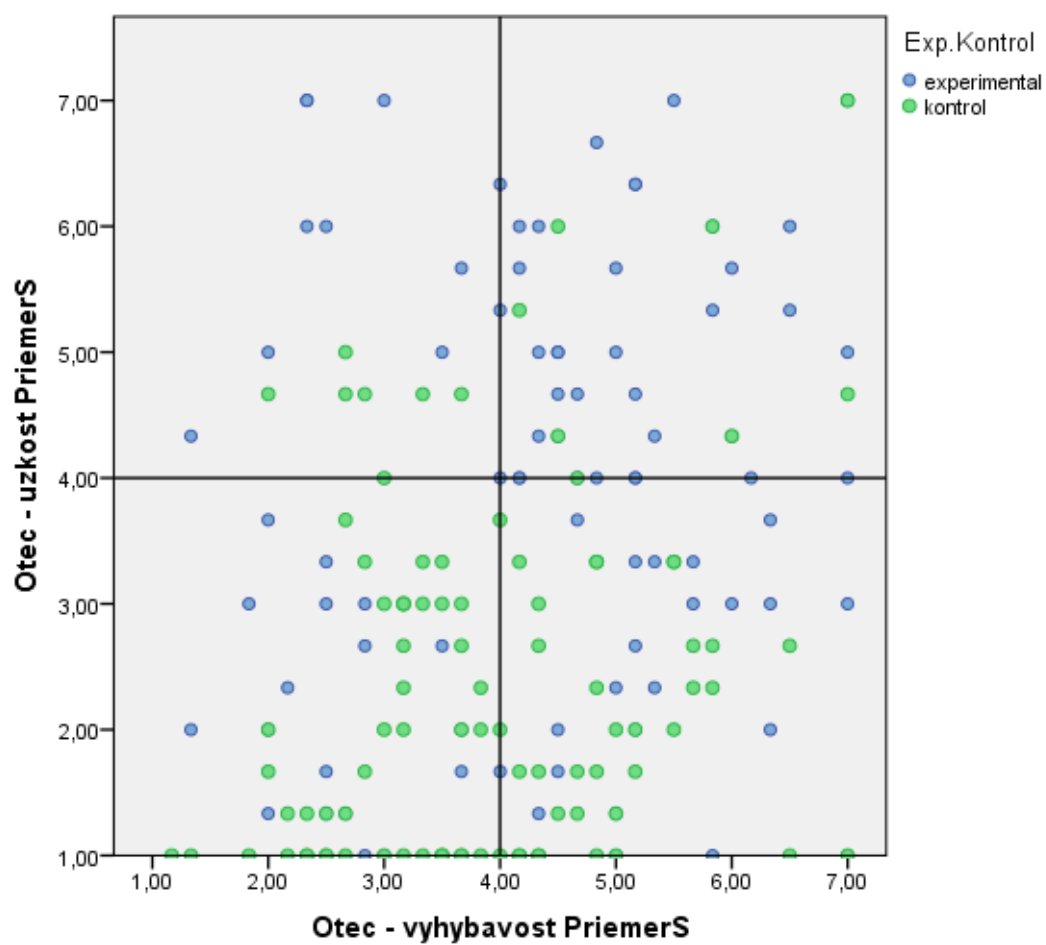
	Partner/ka	Nej. kamarád/ka
Asymp. Sig. (2-sided)	.002	.003

Přesto doporučujeme brát toto zobrazení především jako ilustrativní doplnění informací o škálách úzkosti a vyhýbavosti, které jsou určující. Rozdělení odpovědí do kvadrantů totiž nepočítá s přirozenými odchylkami v odpovědích, což je v případě obou zmíněných škál ošetřeno a tudíž jsou tyto výsledky spolehlivé. Podle „scatter dot“ grafu rozptylu respondentů a umístění jejich odpovědí do kvadrantů je také vidět, že v prostoru okolo středu je relativně dost respondentů, kteří jsou striktně přiděleni do určitého kvadrantu.

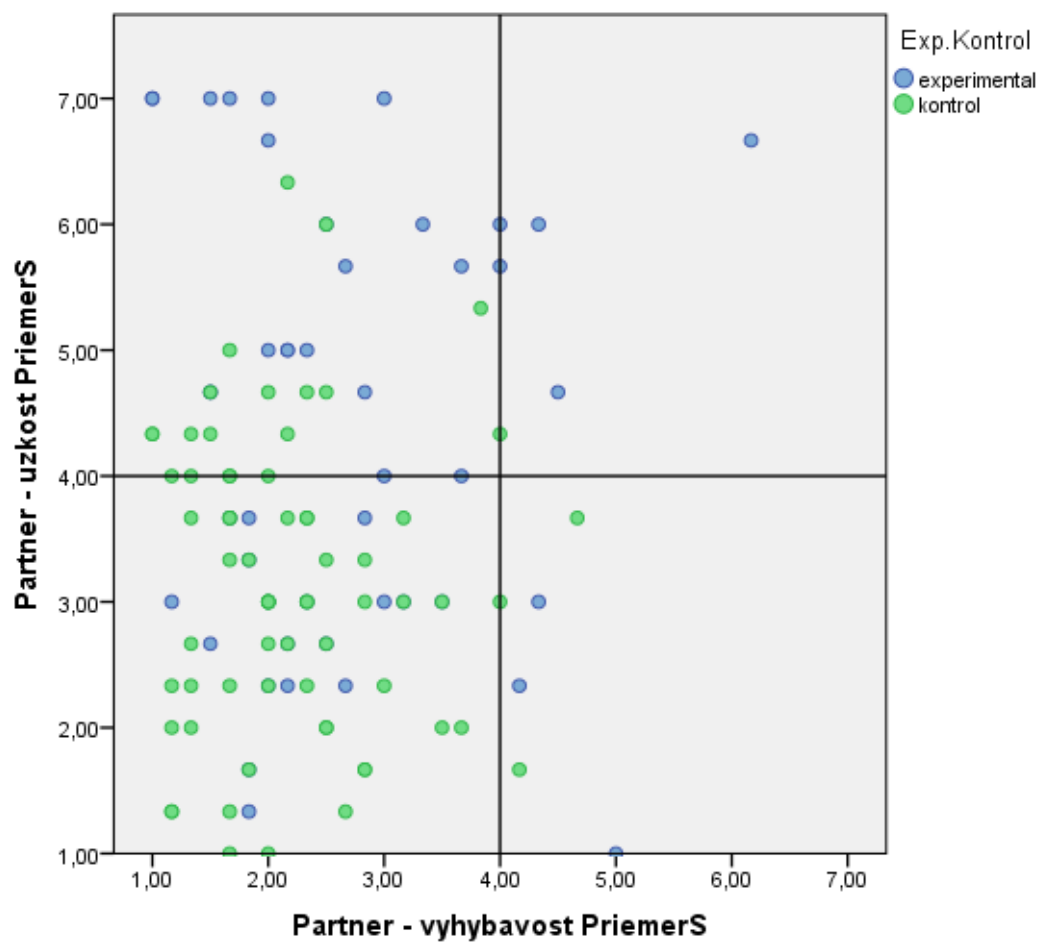
Graf 1 Scatter dot graf rozptylu - Matka



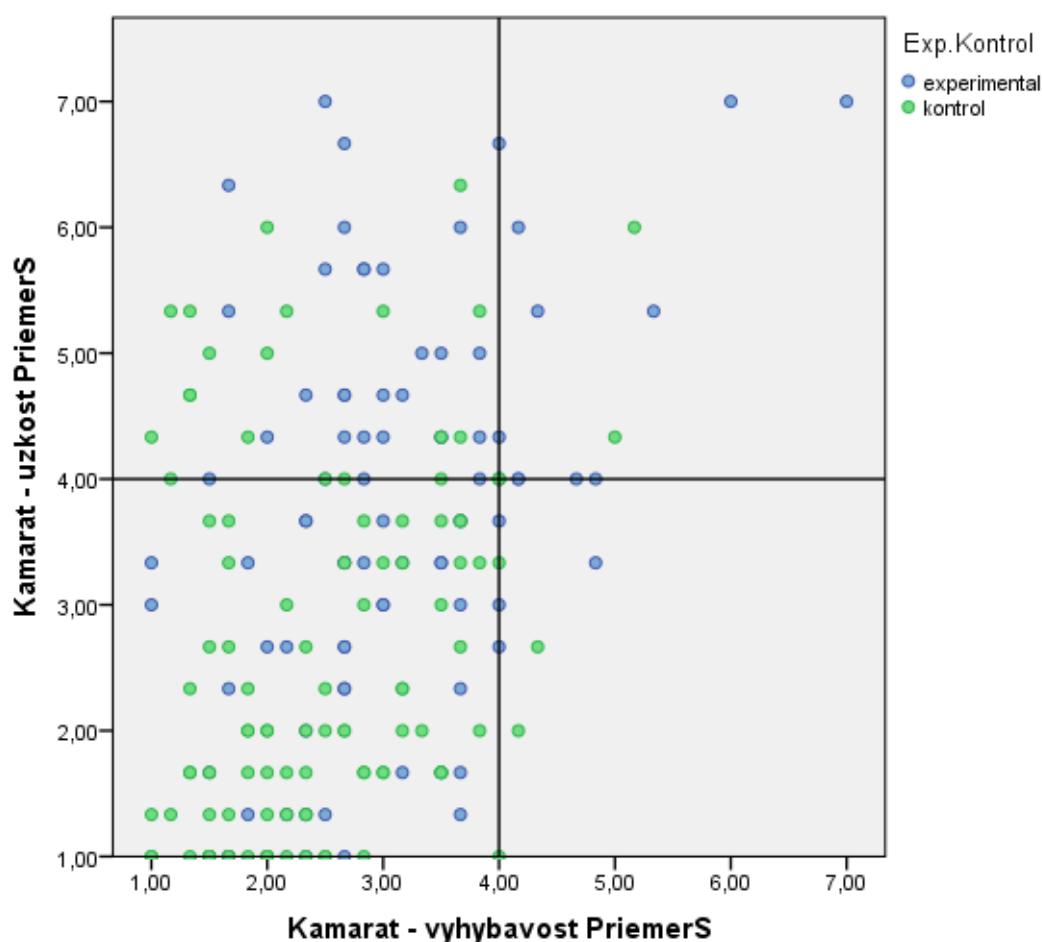
Graf 2 Scatter dot graf rozptylu - Otec



Graf 3 Scatter dot graf rozptylu – Partner/ka



Graf 4 Scatter dot graf rozptylu – Nej. kamarád/ka



Z výsledků se ukázalo, že jistota vazby k matce je u obou skupin nejvyšším ze čtyř sledovaných skóre. Je zde však patrný velký rozdíl mezi experimentální skupinou 49,5% a kontrolní skupinou 70,2%.

V experimentální skupině jsou typy nejistých vazeb zastoupeny ve vyšší míře, než v kontrolní skupině. Na druhém místě je zaujatá (úzkostná) reprezentace vztahové vazby 21,2%, dále distancovaná vyhýbavá reprezentace vztahové vazby 17,2% a nejméně respondentů skóruje v oblasti bázlívě vyhýbavé reprezentace vztahové vazby 12,1%.

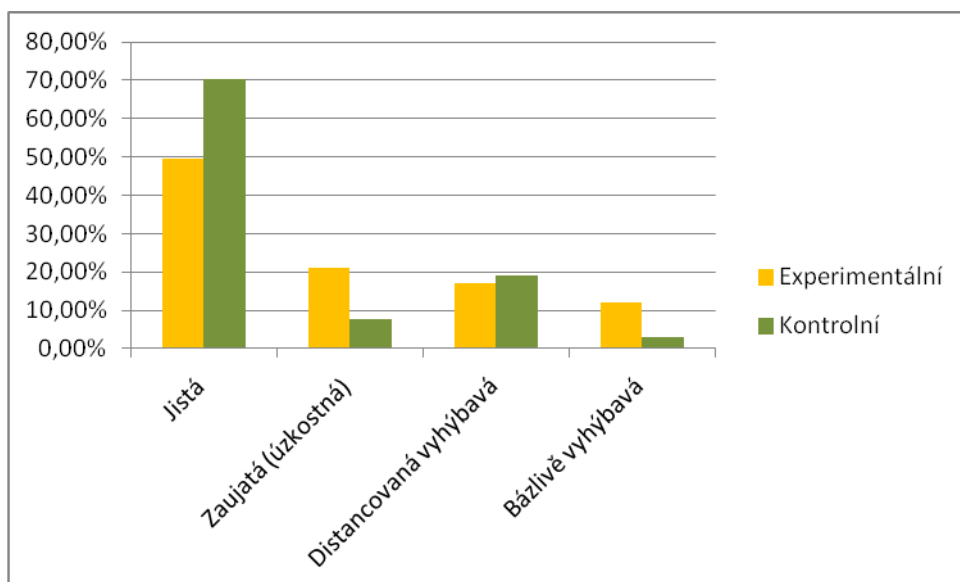
V kontrolní skupině je na druhém místě co do počtu odpovědí zastoupena distancovaná vyhýbavá reprezentace vztahové vazby 19,2%. Zaujatá (úzkostná) reprezentace

vztahové vazby 7,7% a bázlivě vyhýbavá reprezentace vztahové vazby 2,9% jsou zastoupeny v menší míře.

Tab. 9 Reprezentace vztahové vazby k matce

Reprezentace vztahové vazby k matce		
	Experimentální	Kontrolní
Jistá reprezentace vztahové vazby	49,5%	70,2%
Nízká vyhýbavost/ nízká úzkost		
Zaujatá (úzkostná) reprezentace vztahové vazby	21,2%	7,7%
Nízká vyhýbavost/ vysoká úzkost		
Distancovaná vyhýbavá reprezentace vztahové vazby	17,2%	19,2%
Vysoká vyhýbavost/nízká úzkost		
Bázlivě vyhýbavá reprezentace vztahové vazby	12,1%	2,9%
Vysoká vyhýbavost/ vys. úzkost		

Graf 5 Reprezentace vztahové vazby k matce



Jistota vazby k otci je nejvyšším skórem v kontrolní skupině 51,1%. Jistý typ vazby je v kontrolní skupině také nejvyšším skórem ve vztahu k matce. V experimentální skupině skóruje nejvíce respondentů ve vztahu k otci u distancované vyhýbavé vazby 35,2%. Jistá vazba ve vztahu k otci je v experimentální skupině až na třetím místě 23,1%.

Druhé místo, co do počtu odpovědí je obsazeno bázlivě vyhýbavou reprezentací vztahové vazby 29,7% a nejméně respondentů z experimentální skupiny skóruje v oblasti zaujaté (úzkostné) vztahové vazby 12,1%. V experimentální skupině jsou typy nejistých vazeb zastoupeny ve vyšší míře, než v kontrolní skupině.

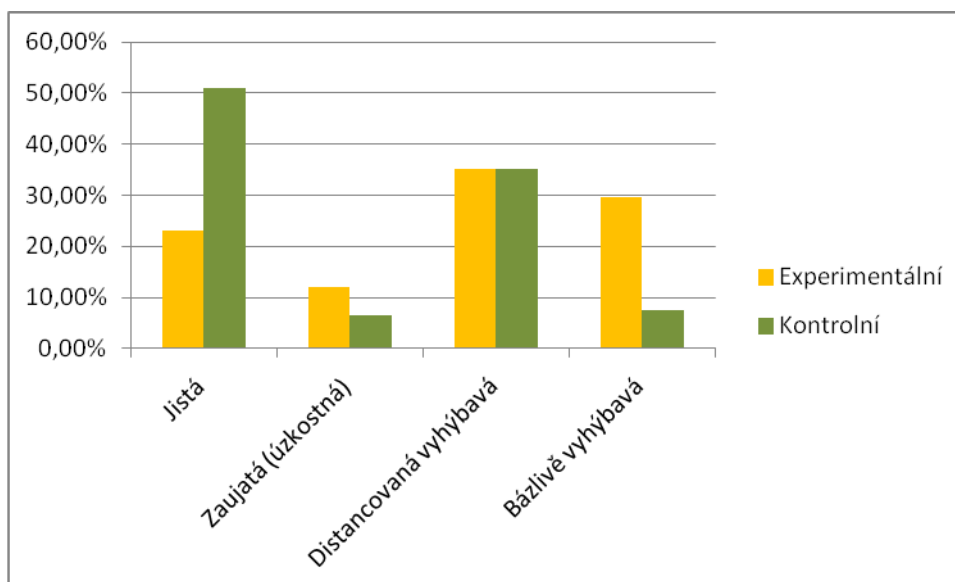
V kontrolní skupině je na druhém místě, stejně jako ve vztahu k matce, zastoupena distancovaná vyhýbavá reprezentace vztahové vazby 35,1%. Bázlivě vyhýbavá reprezentace vztahové vazby 7,4% a zaujatá (úzkostná) reprezentace vztahové vazby 6,4% a jsou zastoupeny v menší míře.

Celkově mají závislí respondenti z experimentální skupiny výrazně nižší skóry v jistotě vazby k matce i k otci než respondenti z kontrolní skupiny.

Tab. 10 Reprezentace vzťahové vazby k otci

Reprezentace vzťahové vazby k otci		
	Experimentální	Kontrolní
Jistá reprezentace vzťahové vazby	23,1%	51,1%
Nízká vyhýbavost/ nízká úzkost		
Zaujatá (úzkostná) reprezentace vzťahové vazby	12,1%	6,4%
Nízká vyhýbavost/ vysoká úzkost		
Distancovaná vyhýbavá reprezentace vzťahové vazby	35,2%	35,1%
Vysoká vyhýbavost/nízká úzkost		
Bázlivě vyhýbavá reprezentace vzťahové vazby	29,7%	7,4%
Vysoká vyhýbavost/ vys. úzkost		

Graf 6 Reprezentace vztahové vazby k otci

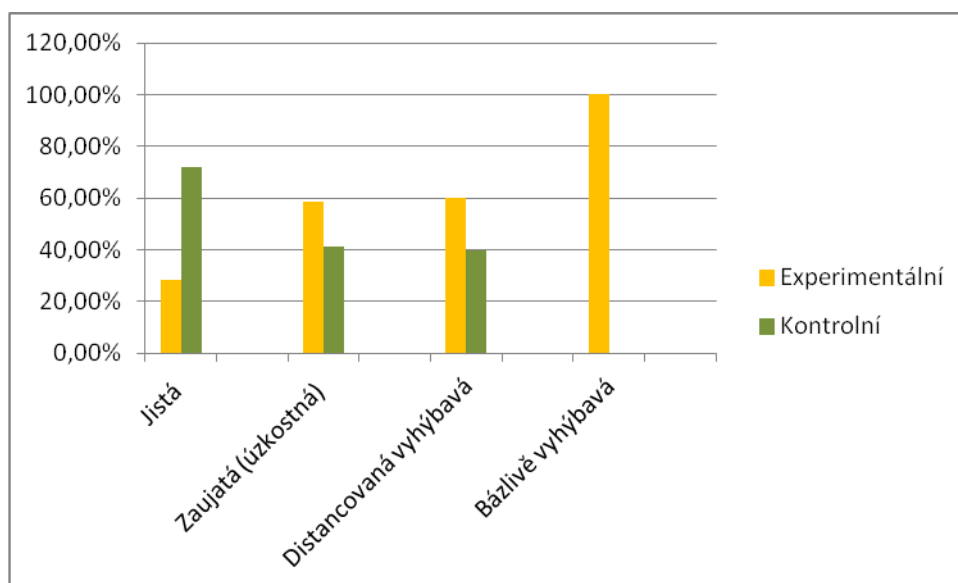


Jak je patrné z uvedených grafů a procentuálního vyjádření zastoupení odpovědí v jednotlivých kvadrantech, jsou počty odpovědí v oblastech reprezentace vztahové vazby u partnera/partnerky a nejlepšího kamaráda/ kamarádky problematické. Důvodem je nízký počet odpovědí, který zkresluje procentuální vyjádření konečných výsledků. Blíže se problému věnujeme v diskusi této práce v kapitole číslo 23.1.2. Diskuse k výsledkům zobrazení typologie vztahové vazby v kvadrantech.

Tab. 11 Reprezentace vztahové vazby k partnerovi/ partnerce

Reprezentace vztahové vazby k partnerovi/partnerce		
	Experimentální	Kontrolní
Jistá reprezentace vztahové vazby <hr/> Nízká vyhýbavost/ nízká úzkost	28,2%	71,8%
Zaujatá (úzkostná) reprezentace vztahové vazby <hr/> Nízká vyhýbavost/ vysoká úzkost	58,8%	41,2%
Distancovaná vyhýbavá reprezentace vztahové vazby <hr/> Vysoká vyhýbavost/nízká úzkost	60%	40%
Bázlivě vyhýbavá reprezentace vztahové vazby <hr/> Vysoká vyhýbavost/ vys. úzkost	100%	0%

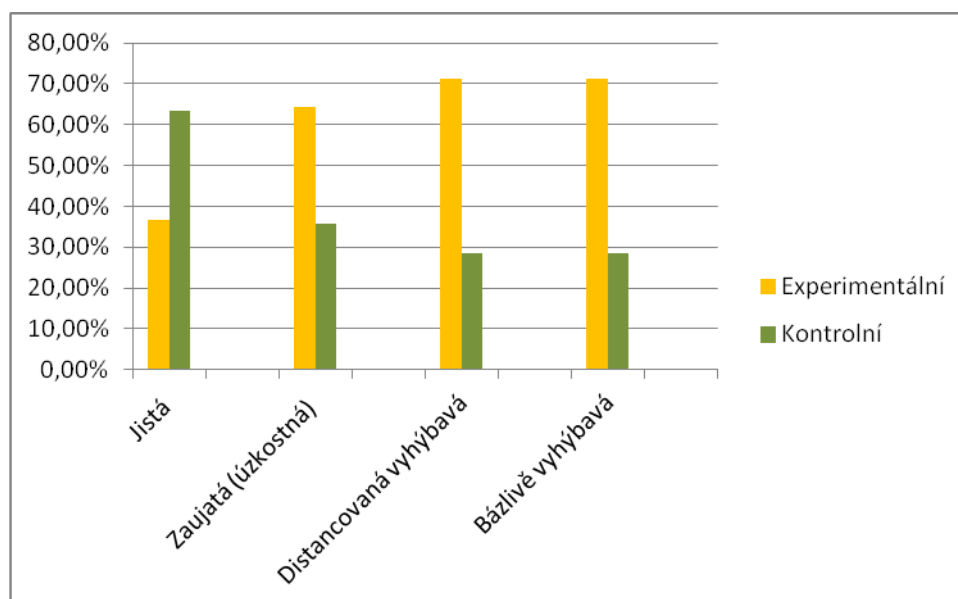
Graf 7 Reprezentace vztahové vazby k partnerovi/partnerce



Tab. 12 Reprezentace vztahové vazby k nejlepšímu kamarádovi/ kamarádce

Reprezentace vztahové vazby k nejlepšímu kamarádovi/ kamarádce		
	Experimentální	Kontrolní
Jistá reprezentace vztahové vazby <hr/> Nízká vyhýbavost/ nízká úzkost	36,6%	63,4%
Zaujatá (úzkostná) reprezentace vztahové vazby <hr/> Nízká vyhýbavost/ vysoká úzkost	64,3%	35,7%
Distancovaná vyhýbavá reprezentace vztahové vazby <hr/> Vysoká vyhýbavost/nízká úzkost	71,4%	28,6%
Bázlivě vyhýbavá reprezentace vztahové vazby <hr/> Vysoká vyhýbavost/ vys. úzkost	71,4%	28,6%

Graf 8 Reprezentace vztahové vazby k nejlepšímu kamarádovi/ kamarádce



Ačkoliv, statisticky tato položka není validní, přesto stojí za to, uvažovat o významu tohoto problému. Z uvedených údajů je jasné, že počet odpovědí v experimentální skupině není dostatečný a zkresluje interpretaci konečných výsledků a jejich procentuálního vyjádření

Z celkového počtu 103 možných odpovědí v experimentální skupině u položky partner/ partnerka odpovědělo pouze 46 respondentů a z celkového počtu 105 možných odpovědí v kontrolní skupině odpovědělo pouze 67 respondentů. Z celkového počtu 103 možných odpovědí v experimentální skupině u položky nejlepší kamarád/ kamarádka odpovědělo pouze 86 respondentů a z celkového počtu 105 možných odpovědí v kontrolní skupině odpovědělo 104 respondentů. Pro tuto skutečnost existují v experimentální skupině dva důvody, které rozlišujeme na důvod etický a důvod faktický. Oba jsou blíže popsány v diskusi této práce v kapitole číslo 23.1.2. Diskuse k výsledkům zobrazení typologie vztahové vazby v kvadrantech.

Protože v kontrolní skupině u partnera/ partnerky odpovědělo alespoň 67 respondentů, můžeme shrnout, že nejvíce z nich uvedlo ve vztahu k partnerovi/ce jistou reprezentaci vztahové vazby 71,8%. Na druhém místě jsou s téměř stejným počtem odpovědí zaujatá

(úzkostná) reprezentace vztahové vazby 41,2% a distancovaná vyhýbavá reprezentace vztahové vazby 40%. V oblasti bázlivě vyhýbavé reprezentace vztahové vazby neskóroval v kontrolní skupině ani jeden respondent.

V kontrolní skupině u nejlepšího kamaráda/kamarádky odpovědělo 104 respondentů, což je dostačující počet pro provedení analýzy. Můžeme shrnout, že nejvíce respondentů skóruje u jisté reprezentace vztahové vazby 63,4%. Na druhém místě je 35,7% odpovědí u zaujaté (úzkostné) reprezentace vztahové vazby a na třetím místě s nejmenším počtem odpovědí je distancovaná vyhýbavá reprezentace vztahové vazby společně s bázlivě vyhýbavou reprezentací vztahové vazby, se stejným počtem odpovědí 28,6%. Nejvyšší počet odpovědí u reprezentace vztahové vazby k partnerovi/ partnerce i nejlepšímu kamarádovi/kamarádce je v kontrolní skupině v oblasti jisté reprezentace vztahové vazby.

Celkově můžeme shrnout, že jistota vazby k matce je v obou skupinách nejvyšším ze čtyř sledovaných skóre. Je zde však patrný velký rozdíl mezi experimentální skupinou 49,5% a kontrolní skupinou 70,2%. Jistota vazby k otci je nejvyšším skórem v kontrolní skupině 51,1%. U experimentální skupiny skóruje nejvíce respondentů ve vztahu k otci u distancované vyhýbavé vazby 35,2%. Jistá vazba je zde ve vztahu k otci až na třetím místě 23,1%. Celkově mají závislí respondenti výrazně nižší skóre v jistotě vazby k matce i k otci než respondenti z kontrolní skupiny.

Celkový počet odpovědí v experimentální skupině v oblasti reprezentace vztahové vazby k partnerovi/ partnerce a nejlepšímu kamarádovi/ kamarádce není dostatečný. Tento fakt zkresluje interpretaci konečných výsledků a jejich procentuálního vyjádření. Pro tuto skutečnost existují v experimentální skupině dva níže (kapitola 23.1.2.) popsané důvody etický a faktický.

V kontrolní skupině uvedlo ve vztahu k partnerovi/ partnerce jistou reprezentaci vztahové vazby 71,8% nejvíce respondentů. Nejvíce respondentů v kontrolní skupině skóruje také u jisté reprezentace vztahové vazby 63,4% u nejlepšího kamaráda/ kamarádky. Nejvyšší počet odpovědí u reprezentace vztahové vazby k partnerovi/ partnerce i nejlepšímu kamarádovi/kamarádce je v kontrolní skupině v oblasti jisté reprezentace vztahové vazby.

23. Diskuse

23.1. Diskuse k získaným výsledkům

23.1.1. Diskuse k výsledkům škál úzkosti a vyhýbavosti

Výzkum prokázal, že experimentální skupina má signifikantně vyšší průměrné skóre ve škálách vyhýbavosti a úzkosti v porovnání s kontrolní skupinou ve vztahu k matce i k otci a ve vztahu k partnerovi/partnerce a nejlepšímu kamarádovi/kamarádce. Na základě těchto výsledků můžeme říci, že drogově závislí pacienti prokazují výrazně vyšší míru úzkosti a vyhýbavosti ve vztahu k matce i otci a k partnerovi/partnerce i k nejlepšímu kamarádovi/kamarádce, než respondenti z kontrolní skupiny, kteří nejsou závislí na drogách.

23.1.2. Diskuse k výsledkům zobrazení typologie vztahové vazby v kvadrantech

Pokud zobrazíme dosažené výsledky v dvojdimenzionálním prostoru, získáme přehled o typologii vztahové vazby. Ačkoliv můžeme říci, že v každé oblasti vztahové vazby jsou rozdíly signifikantní, doporučujeme brát toto zobrazení především jako ilustrativní doplnění informací o škálách úzkostnosti a vyhýbavosti, které jsou určující. Rozdělení odpovědí do kvadrantů totiž nepočítá s přirozenými odchylkami v odpovědích, což je v případě obou zmíněných škál ošetřeno a tudíž jsou tyto výsledky spolehlivé. Podle „scatter dot“ grafu rozptylu (graf číslo 1 - 4) respondentů a umístění jejich odpovědí do kvadrantů je také vidět, že v prostoru okolo středu je relativně dost respondentů, kteří jsou striktně přiděleni do určitého kvadrantu.

Z tabulek číslo 11 a 12 a grafů číslo 7 a 8 uvedených v kapitole číslo 22.3. Zobrazení typologie vztahové vazby v kvadrantech a procentuálního vyjádření zastoupení odpovědí

v jednotlivých kvadrantech, je vidět, že počty odpovědí v oblastech reprezentace vztahové vazby u partnera/partnerky a nejlepšího kamaráda/ kamarádky jsou problematické. Důvodem je nízký počet odpovědí, který zkresluje procentuální vyjádření konečných výsledků

Ačkoliv, statisticky tato položka není validní, přesto stojí za to, uvažovat o významu tohoto problému. V níže uvedených tabulkách uvádíme počty odpovědí v jednotlivých kvadrantech. V tomto způsobu vyjádření je lépe vidět problematické místo výzkumu.

Tab. 13 Počty jednotlivých odpovědí v kvadrantech - Matka

Počty jednotlivých odpovědí v kvadrantech - Matka		
Reprezentace vztahové vazby	Experimentální	Kontrolní
Jistá	49	73
Zaujatá úzkostná	21	8
Distancovaná vyhýbavá	17	20
Bázlivě vyhýbavá	12	3
Celkem	99	104

Tab. 14 Počty jednotlivých odpovědí v kvadrantech – Otec

Počty jednotlivých odpovědí v kvadrantech - Otec		
Reprezentace vztahové vazby	Experimentální	Kontrolní
Jistá	21	48
Zaujatá úzkostná	11	6
Distancovaná vyhýbavá	32	33
Bázklivě vyhýbavá	27	7
Celkem	91	94

Tab. 15 Počty jednotlivých odpovědí v kvadrantech – Partner/ka

Počty jednotlivých odpovědí v kvadrantech - Partner/ka		
Reprezentace vztahové vazby	Experimentální	Kontrolní
Jistá	20	51
Zaujatá úzkostná	20	14
Distancovaná vyhýbavá	3	2
Bázklivě vyhýbavá	3	0
Celkem	46	67

Tab. 16 Počty jednotlivých odpovědí v kvadrantech – Nejlepší kamarád/ka

Počty jednotlivých odpovědí v kvadrantech - Nejlepší kamarád/ka		
Reprezentace vztahové vazby	Experimentální	Kontrolní
Jistá	49	85
Zaujatá úzkostná	27	15
Distancovaná vyhýbavá	5	2
Bázkivě vyhýbavá	5	2
Celkem	86	104

Tab. 17 Celkový počet odpovědí

Celkem odpovědělo	
Experimentální	Kontrolní
103	105

Z uvedených údajů je jasné, že počet odpovědí v experimentální skupině u partnera/ partnerky a nejlepšího kamaráda/kamarádky není dostatečný a po rozložení odpovědí do jednotlivých kvadrantů zkresluje interpretaci konečných výsledků a jejich procentuálního vyjádření (viz. tabulka číslo 15 a 16). Z celkového počtu 103 možných odpovědí v experimentální skupině u položky partner/ partnerka odpovědělo pouze 46 respondentů a z celkového počtu 105 možných odpovědí v kontrolní skupině odpovědělo pouze 67 respondentů. Z celkového počtu 103 možných odpovědí v experimentální skupině u položky

nejlepší kamarád/ kamarádka odpovědělo pouze 86 respondentů a z celkového počtu 105 možných odpovědí v kontrolní skupině odpovědělo 104 respondentů.

Pro tuto skutečnost existují v experimentální skupině dva důvody:

1. Etický – v terapeutické komunitě je jedním z kardinálních pravidel zákaz partnerského vztahu se spoluklientem v průběhu terapie.
2. Faktický – při sběru dat a zadávání dotazníku se v šesti z devíti terapeutických komunit objevil dotaz, jaký je rozdíl mezi partnerem/kou a nejlepším kamarádem/kou. Případně dotazy směřovaly k tomu, jak se partner pozná a kdo to vlastně je.

Etický problém jsme při sběru dat v terapeutické komunitě ošetřili tak, že odpověď na partnerství byla ponechána libovolná. Pokud partner v současnosti není, respondenti měli tuto položku vynechat. Přesto téměř polovina z nich odpověď uvedla, což nás může vést k úvahám o tom, zda jejich partneři existují mimo léčbu v terapeutické komunitě, anebo zda téměř polovina respondentů tajně porušuje kardinální pravidlo léčby. U kontrolní skupiny předpokládáme, že vynechané odpovědi ukazují, že tito respondenti v současnosti žádného partnera nemají a jsou single.

Faktický problém poukazuje na vztahovou zmatenost závislých pacientů, která je zároveň podstatným potvrzením východiska naší práce, které stojí na úvaze, že závislost je především symptom vyjadřující neschopnost adekvátně fungovat v blízkých mezilidských vztazích. Naznačuje, že někteří závislí pacienti neví, jaké chování mají očekávat od partnera nebo od kamaráda a těžko vymezují vztahové hranice.

Podle teoretických východisek je emoční vývoj především ovlivněn emoční dostupností rodičů, kteří ve vzájemných interakcích pomáhají dětem regulovat jejich emoční stav (Bowlby, 1979). Na základě těchto zkušeností s primárními osobami se tvoří vlastní psychické mechanismy pro regulaci emocí potažmo schopnost uspokojivě fungovat v mezilidských vztazích. Tyto vztahové vzorce jsou v čase relativně stabilní (Ainsworth, 1985), ačkoliv nikoli neměnné. Přesto se lze domnívat, že pokud nevznikla základní důvěra a

pocit bezpečí ve vztahu k rodičům, ovlivní tento fakt i další vztahy, které člověk naváže třeba až v dospívání a dospělosti.

Výsledky našeho výzkumu potvrzují výše popsaná teoretická východiska. Závislí respondenti vykazují výrazně nižší míru jisté reprezentace vztahové vazby ve vztahu k matce a otci. Pokud jde o partnerství a přátelství selhávají v jejich rozlišení a jasný závěr pro náš výzkum z těchto dvou vztahů můžeme udělat jen v rámci kontrolní skupiny, která u obou typů vztahů vykazuje vysoké skóre vztahové jistoty. Přátelské a partnerské vztahy, které závislí pacienti v dospělosti navazují, mohou být ovlivněny nejistými typy vztahové vazby, které prožívají vůči rodičům, potažmo neschopností efektivně regulovat vlastní emoce, což je právě důsledek nejistých typů připoutání.

Studie sledující reprezentace vztahové vazby u závislých, shodně docházejí k závěru, že mezi závislými se výrazně častěji vyskytuje nejistý typ vztahové vazby (Schindler et al., 2005; Thorberg & Lyvers, 2006; Zapf et al., 2008), což bylo naším výzkumem potvrzeno. Jistý typ vztahové vazby pak působí jako prevence vzniku závislosti. Někteří autoři popisují, že samotná závislost na návykové látce je vlastně forma vztahové vazby, jejíž funkcí je především kompenzovat nedostatky a nepříjemné pocity z nejistých vztahů a dodání iluze základního bezpečí (Flores, 2001; Potter – Efron, 2006; Höfler & Kooyman, 1996). A. Schindler (2005) také popisuje, že jednou ze základních funkcí jisté reprezentace vztahové vazby je schopnost regulace emocí a schopnost zvládat běžné i náročné životní situace. Nejisté typy reprezentací vztahové vazby s sebou nesou nedostatky ve výše zmíněných schopnostech a vedou tak k tomu, že závislí lidé regulují nepříjemné emoční stavy pomocí návykových látek. Lidé s nejistými typy reprezentace vztahové vazby nemají uspokojivé mezilidské vztahy, o které se mohou v náročných situacích opřít a neumí dostatečně regulovat vlastní emoce, což je činí náchylnými k závislému chování (De Rick et al. 2009).

Můžeme si představit teoretický kruh kauzality závislosti. Na počátku stojí nejistota ve vztahu k rodičům, která vede k deficitům ve vlastní schopnosti emoční regulace. Ty způsobují i v dospělosti neadekvátní reakce a vztahovou zmatenost. Vedou k pocitům frustrace, které nemůže zmírnit nikdo blízky, protože v blízkém vztahu se závislý necítí dobře a často blízké vztahy nemá, protože je neumí vytvořit, neví co od nich očekávat a nerozumí jim. Občasnou životní frustraci neumí zmírnit ani závislý sám, protože není vybaven dostatečnou schopností vlastní emoční regulace. Sahá proto po návykové látce, která kompenzuje pocity frustrace jednoduše a rychle.

23.2. Diskuse k položce nejvyšší dosažené vzdělání v experimentální skupině

Tab. 18 Nejvyšší dosažené vzdělání v experimentální skupině

Experimentální skupina	
Základní vzdělání	35%
Středoškolské vzdělání	63,1%
Vysokoškolské vzdělání	1,9%
Celkem	100%

Tab. 19 Nejvyšší dosažené vzdělání v kontrolní skupině

Kontrolní skupina	
Základní vzdělání	24,8%
Středoškolské vzdělání	74,3%
Vysokoškolské vzdělání	1%
Celkem	100%

K diskusi zůstává spolehlivost v odpovědi na vzdělání závislých pacientů. Na samotné výsledky našeho výzkumu neměla tato položka vliv. Nebyla zařazena do žádné z prováděných analýz. Slouží jen jako popisný údaj pro sledovaný vzorek. Předpokládáme, že ukončené středoškolské a vysokoškolské vzdělání nebude u závislých respondentů zastoupeno v takové míře, v jaké respondenti uvedli.

Většina pacientů terapeutických komunit vypadává ze vzdělávacího systému v důsledku užívání drog především na středních školách. Docházku sice často začnou, ale málokdy dokončí. Pokud budeme spekulovat, proč respondenti tato data uvedli, můžeme předpokládat, že neporozuměli pojmu dokončené vzdělání a uvedli střední školu, ačkoliv ji řádně nedokončili. Jinou variantou je pokus o zlepšení vlastního sebeobrazu, což by také odpovídalo předpokladům našeho výzkumu i běžnému lidskému chování.

23.3. Diskuse k praktickému a teoretickému využití studie

Výzkumná studie přináší nové poznatky v oblasti, která u nás nebyla dosud výzkumně zmapovaná. Prokazuje souvislosti mezi nejistou reprezentací vztahové vazby a závislostí na návykových látkách. Ve výzkumné studii jsme se snažili dokázat, že závislost je především porucha vztahů a je provázena nejistotou ve vztazích a vztahovou zmateností, která má kořeny v nejistém připoutání k rodičům a s tím se pojící neschopností vlastní emoční regulace. Domníváme se, že získané poznatky umožní lépe porozumět závislosti nejen jako fyziologického fenoménu, ale především jako komplexní psychické, silně sociálně podmíněné poruše. Získané poznatky je možné uplatnit v následujících oblastech:

1. V oblasti prevence závislosti. Rizikové skupiny populace je možné jednoduše otestovat dotazníkem ECR-RS a zjistit tak případné deficity v jistotě připoutání k významným osobám, především rodičům a začít pracovat na vztahové terapii. Je také možné otestovat kohokoliv a najít další vztahové osoby, ke kterým mají ohrožení jedinci jistou vazbu a rozvoj těchto vztahů dále podporovat.

2. V oblasti léčby závislosti. Podle teoretických východisek je emoční vývoj především ovlivněn emoční dostupností rodičů, kteří ve vzájemných interakcích pomáhají dětem regulovat jejich emoční stav (Bowlby, 1979). Na základě těchto zkušeností s primárními osobami se tvoří vlastní psychické mechanismy pro regulaci emocí potažmo schopnost uspokojivě fungovat v mezilidských vztazích. Tyto vztahové vzorce jsou v čase relativně stabilní (Ainsworth, 1985), ačkoliv nikoli neměnné. Naděje v léčbě vztahových poruch

spočívá například v terapii, protože jak bylo výše zmíněno, vztahové vzorce nemusejí být neměnné a dle V. Vavrdy (2005) mohou i jedinci, kteří vyrostli v nejistém připoutání, nabyt pocitu vztahové jistoty prožitím jiného významného vztahu v dospívání či v dospělosti. V případě léčby závislosti se převážně jedná o vztah terapeutický. Prožití jistého, bezpečného a autentického terapeutického vztahu, může vést k nabytí vlastní vztahové jistoty, zlepšení orientace ve vztazích, nabytí poškozené sebedůvěry a celkové lepšího prožívání sebe sama v důsledku efektivnější emoční regulace.

3. V pregraduální výuce studentů adiktologie a ve výcvikových programech zaměřených na léčbu závislostí, a to především pro zkvalitnění přípravy budoucích adiktologů.

4. Jako mapující pilotní studii pro podnícení dalších úvah a kvalifikovanějších výzkumů, především longitudinálních, na poli adiktologie v ČR.

23.4. Diskuse k možnostem dalšího rozpracování studie

V souvislosti s výsledky našeho výzkumu se otevírá celá řada dalších témat a otázek. Především by bylo zajímavé znovu zkoumat reprezentaci vztahové vazby závislých pacientů ve vztahu k partnerovi a to mimo léčbu v terapeutické komunitě, kde je sběr dat ztížen o pravidlo zákazu intimních vztahů.

Navazující výzkum by také měl doplnit získané kvantitativní informace o kvalitativní část. Nástroje pro tato zkoumání jsou již v praxi ověřená a je možné použít například dotazník AAI (Adult Attachment Interview), zmiňovaný v kapitole „Typologie reprezentace vztahové vazby (připoutání) v dospělosti u AAI“.

Longitudinální výzkum, by mohl sledovat, zda se v průběhu léčby závislosti opravdu proměňuje reprezentace vztahové vazby u sledovaných blízkých osob a zda má tento faktor nějaký vliv na případnou abstinenci či její udržení.

Neurobiologické teorie dokládají, že existují určité mozkové systémy, které spouštějí a také zastavují připoutávající chování. Experimenty byly zatím prováděny jen na makacích a kuřatech. Výzkum v oblasti neurobiologie by mohl zásadním způsobem ovlivnit výzkum závislosti a emoční regulace. Pomocí zobrazovacích metod totiž může tento typ výzkumu podávat přesvědčivé důkazy o mozkových funkcích.

Je zřejmé, že výsledky naší studie jsou jen prvním doloženým závěrem v úvahách o závislosti jako o nemožnosti fungování v mezilidských vztazích. K jejich potvrzení bude potřeba kvalitativních a longitudinálních studií sledujících vztahovou vazbu a závislost komplexně. Významné jsou také neurobiologické experimenty, které mohou objasnit a potvrdit změny ve fungování mozku v souvislosti se závislostí a vztahovým prožíváním.

24. Závěr

Ve výzkumné studii jsme sledovali reprezentaci vztahové vazby osob, které zneužívají návykové látky. Zkoumali jsme vzorek 103 závislých pacientů a 105 respondentů z kontrolní skupiny, kteří nejsou závislí na návykových látkách. Použili jsme nástroj ECR – RS, sebeposuzující Dotazník vztahových struktur. Východiska výzkumné studie jsou ukotvena v pojetí závislosti na návykových látkách jako důsledku nemožnosti běžného fungování v mezilidských vztazích. Hlavním cílem výzkumu bylo ověřit míru úzkosti a míru vyhýbavosti u drogově závislých pacientů ve vztahu k matce a k otci a k partnerovi/ partnerce a nejlepšímu kamarádovi/ kamarádce a porovnat ji s mírou úzkosti a vyhýbavosti u respondentů z kontrolní skupiny, kteří nejsou závislí na návykových látkách.

Podle teorie vztahové vazby to znamená ověření předpokladu, že závislí pacienti prokazují nižší míru jistoty ve vztahu k primárním pečujícím osobám a k partnerovi/ce a nejlepšímu kamarádovi/ce, než respondenti z kontrolní skupiny, kteří nejsou závislí na návykových látkách.

Z původních studií o vztahové vazbě je známo, že pokud se nedaří vybudovat základní vztah mezi matkou a dítětem, stává se rizikovým faktorem pro další vývoj dítěte a také pro jeho budoucí vztahy. Z toho důvodu zkoumáme kromě vztahu k primárním pečujícím osobám, také vztah partnerský a kamarádský.

Na základě výsledků škál sledujících míru úzkosti a vyhýbavosti, můžeme říci, že drogově závislí pacienti prokazují výrazně vyšší míru úzkosti a vyhýbavosti ve vztahu k matce a otci i k partnerovi/partnerce a nejlepšímu kamarádovi/kamarádce, než respondenti z kontrolní skupiny, kteří nejsou závislí na drogách.

Podle teorie vztahové vazby tyto výsledky znamenají, že drogově závislí pacienti jsou ve vztahu k matce a otci i ve vztahu k partnerovi/partnerce a nejlepšímu kamarádovi/kamarádce úzkostnější, než respondenti z kontrolní skupiny. Mají tendenci trápit se tím, jestli je mají rodiče, partneři a nejlepší kamarádi doopravdy rádi a často se bojí jejich odmítnutí. Vyšší míry vyhýbavosti pak ukazují na to, že se závislí pacienti necítí příliš dobře, když se mají na rodiče, partnery a nejlepší kamarády spolehnout, ocitnout se v závislosti na nich, anebo se jim otevřít v situaci emoční blízkosti.

Z dalších studií vztahové vazby je známo, že děti, které disponují jistou vztahovou vazbou, jsou mnohem lépe přizpůsobené společenskému životu. Jsou odolné, vyhledávají společnost svých vrstevníků a jsou v kolektivu oblíbené. Podobné vzorce chování se objevují také u dospělých s jistou vztahovou vazbou. Celkově jsou tito dospělí lidé mnohem více spokojeni se svými vztahy, než nejistě připoutaní. Jejich vztahy jsou stabilní a dlouhotrvající, založené na věrnosti a vzájemné spolupráci a sdílení (Feeney, Noller, Callan, 1994). Dospělí s jistou vztahovou vazbou také mnohem častěji využívají partnera, jako spolehlivou „základnu“ od které se mohou vzdalovat a prozkoumávat svět (Fraley, Davis, 1997).

Značná část výzkumů vztahové vazby v dospělosti, se zabývala rozkrytím psychologických mechanismů a způsobů chování, které podporují pocit jistoty a bezpečí ve vztahu. Z těchto výzkumů vyšly dva důležité objevy. V souladu s teorií vztahové vazby bylo potvrzeno, že dospělí lidé, kteří mají jistou vztahovou vazbu, na rozdíl od jedinců, s nejistým typem připoutání, hledají mnohem častěji partnerovu pomoc a podporu, pokud mají nějaký problém. Také jsou schopni poskytnout podporu partnerovi, pokud ji potřebuje (Simpson et. al., 1992). Druhým důležitým závěrem je poznatek, že dospělí lidé, s nejistým typem vztahové vazby, kteří se často zabývají partnerovo chováním, jsou případnými konflikty ve vztahu velmi znejišťováni (Simpson et. al., 1996).

Pokud jde o snahu zobrazit typologii vztahové vazby v kvadrantech, výzkum potvrdil, že závislí pacienti disponují ve vztahu k rodičům nejistou vztahovou vazbou ve vyšší míře, než respondenti z kontrolní skupiny. Ve vztahu k partnerovi/partnerce a nejlepšímu kamarádovi/kamarádce tento závěr nemůžeme u experimentální skupiny prokázat z důvodu metodologického problému a z důvodu nízkého počtu odpovědí a problému odlišení partnerského a kamarádského vztahu. U kontrolní skupiny můžeme potvrdit vysokou míru v zastoupení jisté vztahové vazby u partnerského i kamarádského vztahu.

Zjištěné výsledky mohou přispět k úvahám o závislosti jako o nemožnosti fungování v mezilidských vztazích. Východiska těchto úvah najdeme v teorii vztahové vazby, podle které je jistota, tedy pocit bezpečí přijetí a důvěry v primárních vztazích, základní podmínkou pro vytvoření zdravých psychických struktur. Rané vztahy s rodiči ovlivňují mimo jiné schopnost regulovat vlastní emoce. Pokud je dítě ponecháno se svými prožitky samo, mohou vzniknout deficity v psychické struktuře, které se budou znovu projevovat i v dalších blízkých vztazích, které jedinec naváže. Užívání návykových látek je v našem kontextu chápáno jako

pokus o regulaci nepříjemných nebo nerozpoznaných emocí. Zmíněné deficity je možné nově zpracovat v jiném významném vztahu (milostném, terapeutickém aj.).

V oblasti vztahové vazby stále existuje mnoho nezodpovězených otázek. Je to opravdu tak, že některé milostné vztahy v dospělosti jsou skutečné projevy vztahové vazby a jiné ne? Pro budoucí zkoumání v této oblasti bude nutné najít způsob, jak určit, zda sledovaný vztah aktuálně plní funkce vztahového chování. Z předchozích výzkumů je jasné, jaká je evoluční funkce vztahového chování v dětství. Stále však nevíme, jestli má nějakou evoluční funkci také v dospělosti. Zatím také neumíme určit přesné faktory, které mohou měnit typ vztahové vazby.

Je zřejmé, že výsledky naší studie jsou jen prvním doloženým závěrem ve výše naznačených úvahách. K potvrzení těchto úvah bude potřeba kvalitativních a longitudinálních studií sledujících vztahovou vazbu a závislost komplexně. Významná jsou také neurobiologická sledování, která mohou objasnit a potvrdit změny ve fungování mozku v souvislosti se závislostí a vztahovým prožíváním.

Seznam použité literatury

Ainsworth, M. D. S. (1963). The development of infant-mother interaction among the Ganda. In Foss, B. M. (Ed.), *Determinants of infant behavior II* (67–104). London: Methuen.

Ainsworth, M. D. (1964). Patterns of attachment behaviour shown by the infant in interaction with his mother. *Merrill – Palmer Quarterly*, 10, 51 – 58.

Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: The Johns Hopkins Press.

Ainsworth, M. D. S. (1982). Attachment: Retrospect and prospect. In Parkes, C. M., & Stevenson – Hinde, J. (Eds.), *The place of attachment in human behaviour* (3-30). New York: Basic Books.

Ainsworth, M. D. S. (1985). Patterns of infant - mother attachment: antecedents and effects on development. *Bull NY Acad Med*, 61, 771 – 791.

Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration and separation. *Child Development*, 41, 49 – 67.

Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D.J. (1974). Infant – mother attachment and social development: „Socialization“ as an product of reciprocal responsiveness to signals. In Richards, M. P. M. (Eds.), *The integration of a child into a social world* (9 – 135). London: Cambridge University Press.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Publishing.

Bateson, G. (1972). *The Cybernetic of Self: A Theory of Alcoholism*. New York: Ballantine Books.

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147 – 178.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226 – 244.

Benedek, T. (1938). Adaptation to reality in early infancy. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7, 200 – 214.

Block, J. H. & Block, J. (1980). The role of ego – control and ego resiliency in the organization of behavior. In Collins, W. A. (Ed.), *Minnesota symposium on child psychology* (39 – 101). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Bonhoeffer, K. (1912). Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen. Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. In Aschafenburg, G., *Handbuch der Psychiatrie*, Vol B/ III (2 - 120). Leipzig-Wien: Deuticke.

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350 – 373.

Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Routledge.

Bowlby, J. (1990). *Child care and the growth of love*. London: Penguin Books.

Bowlby, J. (2001). *Das Glück und die Trauer. Herstellung und Lösung Affektiver Bindungen*. Stuttgart: Klett – Cotta.

Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.

Bowlby, J. (2012). *Odloučení: kritické období raného vztahu mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.

Bowlby, J. (2013). *Ztráta: Smutek a deprese*. Praha: Portál.

Brennan, K.A., Clark, C.L., & Shaver, P. R. (1998). Selfreport measurement of adult attachment: An integrative overview. In Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (46-76). New York: Guilford

Bretherton, I., Munholland, K.A. (1999). Internal working models in attachment relationships. In Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.), *Handbook of Attachment and Research* (89 – 111). New York: Guilford.

Břicháček, V. (2008). Uvedení do studia psychologie zdraví. In Břicháček, V., & Habermannová, M. (Eds.), *Studie z psychologie zdraví* (13 – 43). Praha: Ermat.

Carroll, K.M. (1999). Integrace psychoterapie a farmakoterapie při léčbě drogové závislosti. In Rotgers, F. (Eds.), *Léčba drogových závislostí* (165 – 178). Praha: Grada Publishing.

Carroll, K.M., Kosten, T.R., & Rounsaville, B.J. (2004). Choosing a behavioral therapy platform for pharmacotherapy of substance users. *Drug and Alcohol Dependence*, 75, 123-134.

Cassidy, J.(1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. In Fox, N.A. (Eds.), *Monographs of the society for research in child development* (228 – 249). Chicago: University Press.

David, M., & Appell, G. (1969). Mother - Child relation. In Howells, J. G. (Ed.), *Modern perspectives in international child psychiatry*. Edinburgh: Oliver & Boyd.

Darwin, Ch. (2007). *O vzniku druhů přírodním výběrem*. Praha: Academia.

De Rick, A., Vanheule, S., & Verhaeghe, P. (2009). Alcohol addiction and the attachment system: an empirical study of attachment style, alexithymia, and psychiatric disorders in alcoholic inpatients. *Substance Use Misuse*, 44, 99-114.

Di Chiara, G. (1999). Drug addiction as dopamine-dependent associative learning disorder. *European Journal of Pharmacology*, 375, 13-30.

Dozier, M., Stovall, K.C., & Abus, K.E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In Cassidy, J., & Shaver, P. (Eds.), *Handbook of attachment theory and research*. (497-519). NY: Guilford.

Eisenberg, N., Fabes, R.A., Shepard, S.A., Guthrie, I.K., Murphy, B.C., & Reiser, M. (1999). Parental reactions to children's negative emotions: longitudinal relations to quality of children's social functioning. *Child Development*, 70, 513-534.

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.

Esch, T., & Stefano, G.B. (2004). The neurobiology of pleasure, reward processes, addiction and their health implications. *Neuroendocrinology Letters*, 25, 235-251.

Feeney, J., & P. Noller. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 281 – 291.

Feeney, J. A., Noller, P., & Callan, V. J. (1994). Attachment style, communication and satisfaction in the early years of marriage. In Bartholomew, K., & Perlman, D. (Eds.), *Advances in personal relationships: Attachment processes in adulthood* (269- 308). London: Jessica Kingsley.

Feldman, R., Weller, A., Zagoory-Sharon, O., & Levine, A. (2007). Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation: plasma oxytocin levels across pregnancy and the postpartum period predict mother – infant bonding. *Psychological Science*, 18, 965 – 970.

Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Lanham, Maryland: The Rowmann and Littlefield Publishing Group, Inc.

- Flores, P. J. (2001). Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 63-81.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P. (2006). The mentalisation focused approach to social development. In Allen, J. G. & Fonagy, P. (Eds.), *Handbook of mentalisation* (53 – 101). Sussex: John Willey & Sons.
- Fraley, R. C. (1999). Types or dimensions of relating: Taxometrics as a tool for the study of personal relationships. *International Society for the Study of Personal Relationships Bulletin*, 16, 3 - 4.
- Fraley, R. C., & Davis, K. E. (1997). Attachment formation and transfer in young adults' close friendships and romantic relationships. *Personal Relationships*, 4, 131-144.
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment and the suppression of unwanted thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1080-1091.
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1998). Airport separations: A naturalistic study of adult attachment dynamics in separating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1198-1212.
- Fraley, R. C., & Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns: A test of the typological model. In Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (77 – 114). New York: Guilford.

Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item - response theory analysis of self – report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350 – 365.

Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4, 132-154.

Fraley, R. C., & Spieker, S. J. (2003a). Are infant attachment patterns continuously or categorically distributed? A taxometric analysis of strange situation behavior. *Developmental Psychology*, 39, 387-404.

Fraley, R. C., & Spieker, S. J. (2003b). What are the differences between dimensional and categorical models of individual differences in attachment? Reply to Cassidy (2003), Cummings (2003), Sroufe (2003), and Waters and Beauchaine (2003). *Developmental Psychology*, 39, 423-429.

Fraley, R. C., Niedenthal, P. M., Marks, M. J., Brumbaugh, C. C., & Vicary, A. (2006). Adult attachment and the perception of emotional expressions: Probing hyperactivating strategies underlying anxious attachment. *Journal of Personality*, 74, 1163–1190.

Fraley, R. C., Niedenthal, P. M., Marks, M. J., Brumbaugh, C. C., & Vicary, A. (2011). The Experience in Close Relationships – Relationship Structures questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment*, 23, 615 – 625.

Fraley, R. C., Vicary, A. M., Brumbaugh, C. C., & Roisman, G. I. (2011). Patterns of stability in adult attachment: An empirical test of two models of continuity and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101, 974 – 992.

Frazier, P. A., Byer, A. L., Fischer, A. R., Wright, D. M., & DeBord, K. A. (1996). Adult attachment style and partner choice: Correlational and experimental findings. *Personal Relationships*, 3, 117–136.

Freud, A. (1966). *The mechanisms of defense. The writings of Anna Freud*. New York: International Universities Press.

Freud, S. (1920). *Beyond the pleasure principle. Group psychology and other works*. London: The Hogarth Press.

Freud, S. (1940). *An Outline of Psycho-analysis*. Standard Edition, 23: 139 – 207.

George, C. M., & Pettem, W. O. (1999). The adult attachment projective. In Solomon, J. & George, C. (Eds.), *Attachment Disorganisation* (345 – 378). New York: Guilford.

Gerely, G., & Watson, J. (1996). The social biofeedback model of parental affect – mirroring. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 1181 – 1212.

Goldsmith, H. H., Buss, A. H., Plomin, R., Rothbart, M.K., Thomas, A., & Chess, S. (1987). What is a temperament? Four approaches. *Child Development*, 58, 505-529.

Greenberg, M. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In Cassidy, J., & Shaver, P. (Eds.), *Handbook of attachment theory and research* (469-496). NY: Guilford.

Grossmann, K., & Grossmann K. E. (2004). *Bindungen. Die Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett – Cotta.

Grossmann, K., Grossmann K. E., Scheuerer – Englisch, H., Wartner, U., & Zimmermann, P. (2000). Longitudinal attachment development from infancy through adolescence. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 47, 99 – 117.

Grossmann, K. E., & Zimmermann, P. (1997). Attachment and adaptation in adolescence. In Koops, W., Hoeksma, J.B., & van den Boom, D. C. (Eds), *Development and attachment: Traditional and nontraditional approaches* (271 – 280). Amsterdam: North Holland.

Guntrip, H. (1971). *Psychoanalytical theory, therapy and the self*. New York: BasicBooks.

Hanzlíček, L. (1977). *Psychiatrická encyklopedie*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický.

Hašto, J. (2006). Vzťahová väzba, pripúťavacie správanie a psychiatria – psychoterapia. *Psychiatrie*, 1, 36 – 40.

Hašto, J. (2004). *Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Love and work: An attachment – theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 270 – 280.

Hazan, C., & Shaver, P. (1990). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511 – 524.

Holmes, J. (1996). *Attachment, Intimacy, Autonomy. Using attachment theory in adult psychotherapy*. Northdale, NJ: Jason Arosen, Inc.

Höfler, D. Z., & Kooyman, M. (1996). Attachment transition, addiction and therapeutic bonding – An integrative approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 511-9.

Hrdina, P., & Korčíšová, B. (2003). Terénní programy. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*, 236 - 248. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

Hrubý, R., Hašto, J., & Minárik, P. (2011). Attachment in integrative neuroscientific perspective. *Neurocrinology Letters*, 32, 111 – 120.

Hurlemann, R., Patin, A., Onur, O. A., Cohen, M. X., Baumgartner, T., Mezler, S., Dziobek, I., Gallinat, J., Weagner, M., Maier, W., & Kendrick K. M. (2010). Oxytocin enhances social learning and emotional empathy. *Journal of Neuroscience*, 30, 4999 – 5007.

Hyman, S.E. (2005). Addiction: a disease of learning and memory. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1414-1422.

Charney, D.S., Nestler, E.J., & Bunney, B.S. (1999). *Neurobiology of Mental Illness*. New York, Oxford: Oxford University Press.

Janíková, B., Piskáčková, & P., Radimecký, J. (Eds.). (2007). *Úvod do adiktologie: učební podklady ke kursu*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova.

Kalina, K. (2008a). *Základy klinické adiktologie*. Havlíčkův Brod: Grada.

Kalina, K. (2008b). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Havlíčkův Brod: Grada.

Kalina, K. a kol., (2003). Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách Verze 7 – 2. revize, srpen 2003. Praha: RVKPP/Úřad vlády ČR.

Kalivas, P.W., & Volkow, N.D. (2005). The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1403-1413.

Khantzian, E. J. (1982). Psychopathology, psychodynamics & alcoholism. In Pattison, E. M. & Kaufman, S. E. (Eds.), *Encyclopedic handbook of alcoholism* (581 – 597). New York: Gardner Press.

Klein, M. (1948). *Contributions to Psychoanalysis 1921 – 1945*. London: Hogarth Press.

Kobak, R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence. Working models, affect regulation and representations of self and others. *Child Development*, 59, 133 – 14.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the Self*. New York: International University Press.

Koob, G.F. & Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24, 97-129.

Koob, G.F. (2000). Neurobiology of addiction. Toward the development of new therapies. *Annual of New York Academy of Sciences*, 909, 170-185.

Kudrle, S. (2003). Psychopatologie závislosti a kodependence. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti-mezioborový přístup* (107 - 113). Praha: NMS-Úřad vlády ČR. P.

Langmeier, J., & Matějček, Z. (1986). *Počátky našeho duševního života*. Olomouc: Pyramida.

Langmeier, J., & Matějček, Z. (1974). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicenum.

Le Moal, M., & Koob, G.F. (2007). Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *European Neuropsychopharmacology*, 17, 377-393.

Lorenz, K. Z. (1935). Der Kumpan in der Umwelt des Vogels. *Journal für Ornithologie*, 83, 137 – 213.

McCrary, B. S. , Kahler, C. , & Epstein, E. E. (1998). Families of alcoholics. In Singh, N. N. (Ed.), *Comprehensive clinical psychology: Applications in diverse populations* (85 - 97). Oxford, England: Elsevier Science.

Main, M. (1995). Recent studies in attachment: overview with selected implications for clinical work. In Cassidy, J., & Shaver, P.R. (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (845 – 887). New York: Guilford.

Main, M. (1997). Desorganization im Bindungsverhalten. In Spangler, G., & P. Zimmermann (Eds.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (191 - 202). Stuttgart: Klett-Cotta.

Main, M., & Weston, D. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and father: related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52, 932 – 940.

Main, M., & Weston, D. (1982). Avoidance of the attachment figure in infancy: descriptions and interpretations. In Parkes, C. M., & Stevenson, J. (Eds.), *The place of attachment in human behavior* (31-59). London: Tavistock.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In Bretherton, I., & Waters E. (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66 - 104.

Main, M. (1986). Parental aversion to physical contact with their infant: stability, consequences and reasons. In Brazelton, T. B., & Barnard, K. (Eds.), *Touch* New York: International Universities Press.

Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: A predictable from infant attachment classifications and stable over a one month period. *Developmental Psychology*, 24, 415 – 426.

Markou, A. (1998). Neurobiological similarities in depression and drug dependence: A self-medication hypothesis. *Neuropsychopharmacology*, 18, 135-174.

Martinove, M. (2006). Bupiron a liečba úzkostných porúch u závislých. *Alkoholizmus a drogové závislosti*, 41, 153-160.

Mikšík, O. (1986). *Úvod do psychologické metodologie II. Postupy vědeckého zkoumání od vymezení problému k výzkumnému projektu*. Praha: SPN.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

Mravčík, V., Lejčková, P., Orliková, B., Petrošová, B., Škrdlantová E., Trojáčková, A., Petroš, O., Sklenář, V., & Vopravil, J. (2006). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005*. Praha: Úřad vlády ČR.

Neumann, I. D. (2008). Brain Oxytocin: A key regulator of emotional and social behaviours in both females and males. *Journal of Neuroendocrinology*, 20, 858 – 865.

Newcombe, R. (1992). The reducing of drug related Harm: a conceptual framework for theory, practice and research. In O'Hare et al. (Eds.), *The reducing of drug related Harm* (105 - 111). London: Routledge.

Nicola, S.M., Surmier, D.J., & Malenka, R.C. (2000). Dopaminergic modulation of neuronal excitability in the striatum and nucleus accumbens. *Annual Review of Neuroscience*, 23, 185-215.

Norman, G. J., Hawkey, L. C., Cole, S. W., Berntson, G. G., & Cacioppo, J. T. (2012). Social Neuroscience: The social brain, oxytocin and health. *Social Neuroscience*, 7, 18 – 29.

Palčová, A. (2006). *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Papoušek, H. & Papoušek, M. (2002). Intuitive Parenting. In Bornstein, M. H. (Eds.), *Handbook of parenting: Vol. 2: Biology and ecology of parenting* (183-206). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishing.

Piaget, J. (2000). *Psychologie dítěte*. Praha: Portál.

Potter – Efron, P. (2006). Attachment, trauma and addiction. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 8, 71-87.

Preston, A. (1996). *The methadone briefing*. London: ISDD

Rickels, K. , Schweizer, E. , Case, G. W. , & Garcia-Espana, F. (1988). Benzodiazepine dependence, withdrawal severity, and clinical outcome: Effects of personality. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 415-420.

Rizzolatti, G., Destro – Fabri, M. & Cattaneo, L. (2009). Mirror neurons and their clinical relevance. *Nature Clinical Practice Neurology*, 5, 24 – 34.

Rholes, W. S., Simpson, J. A., & M. Friedman. (1996). Avoidant attachment and the experience of parenting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 275 – 297.

Rholes, W. S. (1997). Adult attachment styles, the desire to have children, and working models of parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 357 – 385.

Rutter, M. (1981). *Maternal deprivation reassessed*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin.

Schaffer, H. R., & Emerson, P. E. (1964a). The development of social attachment in infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 3, 1-77.

Schaffer, H. R., & Emerson, P. E. (1964b). Patterns of response to physical contact in early human development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 5, 1 – 13.

Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., Kustner, U., & Eckert. (2005). Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & Human Development*, 7, 207-228.

Schore, A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 2, 23 – 47.

Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7 – 66.

Schutz, W. (1998). Predictive reward signal of dopamine neurons. *Journal of Neurophysiology*, 80,1-2.

Shaver, P. R., & Fraley, R. C. (2000). Attachment theory and caregiving: An evaluation of Bell and Richard's critique. *Psychological Inquiry*, 11, 109-114.

Shaver, P. R. & Mikulincer, M. (2009). An overview of adult attachment theory. In Obegi, J. & Berant, H. (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (17 – 45). New York: Guilford.

Simon, F. B. , & Stierlin, H. (1984). *Die Sprache der Familientherapie: ein Vokabular; Überblick, Kritik und Integration systemtherapeutischer Begriffe, Konzepte und Methoden.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434 - 446.

Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Phillips, D. (1996). Conflict in close relationships: An attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 899 - 914.

Spangler, G. & P. Zimmermann. (1997). *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung.* Stuttgart: Klett – Cotta.

Spangler, G., & Schieche, M. (1998). Emotional and adrenocortical responses of infants to the strange situation: The differential function of emotional expression. *International Journal of Behavioural Development*, 22, 681-707.

Spangler, G. (1999). Frühkindliche Bindungserfahrungen und Emotionsregulation. In Friedelmeier, W., Holodyski, M. (Eds.), *Emotionale Entwicklung: Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext* (177- 196). Heidelberg: Spektrum.

Spitzer, M. (2004). *Selbstbestimmen. Gehirnforschung und die Frage: Was sollten wir tun?* Heidelberg: Spektrum.

Spitzer, M. (2003). *Verdacht auf Psyche. Grundlagen, Grundfragen und Grundprobleme der Nerveheilkunde.* Stuttgart: Schattauer.

Srnec, J. (2006). *Strategie a metody psychosociálního výzkumu*. Praha: PVŠPS.

Sroufe, L.A. (1989). Relationships, Self, and Individual Adaptation. In Sameroff, A. J., & Emde, R. N. (Eds.), *Relationships disturbances in Early Childhood. A developmental Approach* (70 – 94). New York: Basic Books.

Suess, G., Grossmann, K.E., & Sroufe, L.A. (1992). Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaptation in preschool: From dyadic to individual organisation of self. *International Journal of Behavioural Development*, 15, 43-65.

Štefánková, Z (2005). Citová väzba v detstve a adolescencii ve vzťahu k emocionálnej regulácii. *Československá psychologie*, 49, 432-445.

Šulová, L. (2010). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.

Thorberg, F. A., & Lyvers, M. (2006). Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive Behaviors*, 31, 732-737.

Tobias, G., Haslam – Hopwood, G., Allen, J. G., Stein, A., & Bleiberg, E. (2006). Enhancing mentalising through psycho – education. In Allen, J. G. & Fonagy, P. (Eds.), *Handbook of Mentalisation* (249 – 269). Sussex: John Willey & Sons.

Van Ijzendoorn, M.H., & Sagi, A. (1999). Cross-cultural patterns of attachment. In Cassidy, J., & Shaver, P. (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (713-735). New York: Guilford.

Vavřda, V. (2005). *Otázky soudobé psychoanalýzy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.

Volpicelli, J.R., Pettinati, H.M., McLellan, A.T., & O'Brien, Ch.P. (2001). *Combining medication and psychosocial treatment for addiction*. New York: Guilford Press.

Weiss, F., & Porrino, L.J. (2002). Behavioral neurobiology of alcohol addiction: recent advances and challenges. *Journal of Neuroscience*, 22, 3332-3337.

Whitfield, Ch. L. (1991). *Codependency: Healing the Human Conditions*. Deerfield Beach, Florida: Health Communications.

Woody, G. E. , & Cacciola, J. (1994). Review of Remission Criteria. In American Psychiatric Association, *DSM-IV Sourcebook* (67 - 80). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Zapf, J. L., Greiner, J., & Carroll, J. (2008). Attachment styles and male sex addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 15, 158-175.

Zhang, T. Y., Hellsstrom, I. C., Bagot, R. C., Wen, X., Diorio, J. & Meaney, M. J. (2010). Maternal care and DNA methylation of a glutamic acid decarboxylase promoter in rat hippocampus. *Journal of Neuroscience*, 24, 4113 – 4123.

Zimmermann, P. (1999a). Emotionsregulation im Jugendalter. In Friedelmeier, W., Holodynski, M. (Eds.), *Emotionale Entwicklung: Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext* (219-240). Heidelberg: Spektrum der Wissenschaft.

Zimmermann, P. (1999b). Structure and functions of internal working models of attachment and their role for emotion regulation. *Attachment and Human Development*, 1, 55-71.

Zimmermann, P. (2002). Von Bindungserfahrungen zur individuellen Emotionsregulation: das entwicklungspsychopathologische Konzept der Bindungstheorie. In Buchheim, A., Kächele, H. (Eds.), *Klinische Bindungsforschung* (147-159). Stuttgart: Schattauer.

Zimmermann, P., Becker-Stoll, F., & Gliwitsky J. (1996). Bindung und Freundschaftsbeziehungen im Jugendalter. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*. 43, 141-154.

Zimmermann, P., Markus, A., Winter, M., & Grossmann, K.E. (2001). Attachment and adolescent's emotion regulation during a joint problem-solving task with a friend. *International Journal of Behavioral development*, 25, 331-343.

Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník ECR-RS

Úvodní otázky

Zakroužkujte nebo doplňte Vaši odpověď.

Pohlaví	muž / žena
Věk	_____
Ukončené vzdělání	základní – středoškolské - vysokoškolské
Primární závislost	drogy – alkohol – léky - gambling
Počet měsíců v léčbě v TK	_____
Kolikátá léčba v TK?	_____
Prožíváte nyní milostný vztah?	ano / ne
Je Vaše matka naživu?	ano / ne
Je Váš otec naživu?	ano / ne
Jsou Vaši rodiče rozvedení?	ano / ne

Vztahové struktury

Tento dotazník je určen k posouzení způsobu, jakým máte v mysli zastoupeny důležité lidi ve svém životě. Budete požádáni, abyste odpověděli na otázky o svých rodičích, milostných partnerech a kamarádech. Prosím označte, do jaké míry s každým tvrzením souhlasíte nebo nesouhlasíte tím, že u každé položky zakroužkujete číslo.

A. Prosím odpovězte na následující otázky o své matce nebo mateřské postavě.

Uvedená čísla znamenají:

1 Rozhodně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

3 Spíše nesouhlasím

4 Ani souhlasím ani nesouhlasím

5 Spíše souhlasím

6 Souhlasím

7 Rozhodně souhlasím

1. S touto osobou obvykle rozebírám své problémy a starosti.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

2. S touto osobou probírám věci.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

3. Této osobě raději neukazuji, jak se v hloubi duše cítím.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

4. Bojím se, že tato osoba mě může opustit.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

5. Není mi příjemné se této osobě otvírat.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

6. Obávám se, že tato osoba o mě nebude stát tolik, jako já stojím o ni.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

7. Je pro mě snadné být na této osobě závislý.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

8. Často se obávám, že tato osoba o mě skutečně nestojí.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

9. Když něco potřebuji, pomůže mi obrátit se na tuto osobu.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

B. Prosím odpovězte na následující otázky o svém otci nebo otcovské postavě.

Uvedená čísla znamenají:

1 Rozhodně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

5 Spíše souhlasím

3 Spíše nesouhlasím

6 Souhlasím

4 Ani souhlasím ani nesouhlasím

7 Rozhodně souhlasím

1. S touto osobou obvykle rozebírám své problémy a starosti.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

2. Bojím se, že tato osoba mě může opustit.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

3. Když něco potřebuji, pomůže mi obrátit se na tuto osobu.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

4. Této osobě raději neukazuji, jak se v hloubi duše cítím.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

5. S touto osobou probírám věci.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

6. Není mi příjemné se této osobě otvírat.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

7. Je pro mě snadné být na této osobě závislý.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

8. Obávám se, že tato osoba o mě nebude stát tolik, jako já stojím o ni.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

9. Často se obávám, že tato osoba o mě skutečně nestojí.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

C. Prosím odpovězte na následující otázky o svém partnerovi/partnerce nebo manželovi/manželce.

Poznámka: Pokud nyní nejste s nikým v partnerském nebo manželském vztahu, tuto část nevyplňujte a přejděte k části D.

Uvedená čísla znamenají:

1 Rozhodně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

5 Spíše souhlasím

3 Spíše nesouhlasím

6 Souhlasím

4 Ani souhlasím ani nesouhlasím

7 Rozhodně souhlasím

1. Často se obávám, že tato osoba o mě skutečně nestojí.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

2. Není mi příjemné se této osobě otvírat.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

3. Je pro mě snadné být na této osobě závislý.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

4. Obávám se, že tato osoba o mě nebude stát tolik, jako já stojím o ni.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

5. S touto osobou probírám věci.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

6. S touto osobou obvykle rozebírám své problémy a starosti.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

7. Když něco potřebuji, pomůže mi obrátit se na tuto osobu.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

8. Bojím se, že tato osoba mě může opustit.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

9. Této osobě raději neukazuji, jak se v hloubi duše cítím.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

D. Prosím odpovězte na následující otázky o svém nejlepším kamarádovi/kamarádce.

Uvedená čísla znamenají:

1 Rozhodně nesouhlasím

2 Nesouhlasím

5 Spíše souhlasím

3 Spíše nesouhlasím

6 Souhlasím

4 Ani souhlasím ani nesouhlasím

7 Rozhodně souhlasím

1. S touto osobou probírám věci.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

2. Obávám se, že tato osoba o mě nebude stát tolik, jako já stojím o ni.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

3. Není mi příjemné se této osobě otvírat.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

4. S touto osobou obvykle rozebírám své problémy a starosti.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

5. Často se obávám, že tato osoba o mě skutečně nestojí.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

6. Když něco potřebuji, pomůže mi obrátit se na tuto osobu.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

7. Této osobě raději neukazuji, jak se v hloubi duše cítím.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

8. Bojím se, že tato osoba mě může opustit.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

9. Je pro mě snadné být na této osobě závislý.

Rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 Rozhodně souhlasím

Příloha č. 2 - Seznam obrázků, tabulek a grafů

Obrázky

Obr. 1 Schéma typologie vztahové vazby v dospělosti

Obr. 2 Grafické zobrazení typu vztahové vazby v souřadnicích os vztahové úzkosti a vztahové vyhýbavosti

Tabulky

Tab. 1 Experimentální skupina

Tab. 2 Kontrolní skupina

Tab. 3 Mann Whitney U test – Matka

Tab. 4 Mann Whitney U test – Otec

Tab. 5 Mann Whitney U test - Partner/Partnerka

Tab. 6 Mann Whitney U test – Nejlepší kamarád/kamarádka

Tab. 7 Pearson Chi – Square Test

Tab. 8 Pearson Chi – Square Test

Tab. 9 Reprezentace vztahové vazby k matce

Tab. 10 Reprezentace vztahové vazby k otci

Tab. 11 Reprezentace vztahové vazby k partnerovi/ partnerce

Tab. 12 Reprezentace vztahové vazby k nejlepšímu kamarádovi/ kamarádce

Tab. 13 Počty jednotlivých odpovědí v kvadrantech – Matka

Tab. 14 Počty jednotlivých odpovědí v kvadrantech – Otec

Tab. 15 Počty jednotlivých odpovědí v kvadrantech – Partner/ka

Tab. 16 Počty jednotlivých odpovědí v kvadrantech – Nejlepší kamarád/ka

Tab. 17 Celkový počet odpovědí

Tab. 18 Nejvyšší dosažené vzdělání v experimentální skupině

Tab. 19 Nejvyšší dosažené vzdělání v kontrolní skupině

Grafy

Graf 1 Scatter dot graf rozptylu – Matka

Graf 2 Scatter dot graf rozptylu – Otec

Graf 3 Scatter dot graf rozptylu – Partner/ka

Graf 4 Scatter dot graf rozptylu – Nej. kamarád/ka

Graf 5 Reprezentace vztahové vazby k matce

Graf 6 Reprezentace vztahové vazby k otci

Graf 7 Reprezentace vztahové vazby k partnerovi/partnerce

Graf 8 Reprezentace vztahové vazby k nejlepšímu kamarádovi/ kamarádce

